

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“As Ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição na rede de
Atenção Básica: uma análise dos anos de 2008 e 2009”***

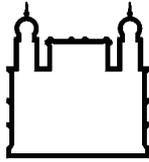
por

Ana Beatriz Pinto de Almeida Vasconcellos

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jeni Vaitsman

Rio de Janeiro, julho de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“As Ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição na rede de Atenção Básica: uma análise dos anos de 2008 e 2009”

apresentada por

Ana Beatriz Pinto de Almeida Vasconcellos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Leonor Maria Pacheco dos Santos

Prof.^a Dr.^a Sandra Aparecida Venâncio da Silveira

Prof.^a Dr.^a Jeni Vaitsman – Orientadora

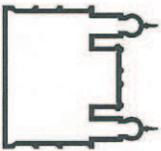
Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V331 Vasconcellos, Ana Beatriz Pinto de Almeida
As Ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição na
rede de Atenção Básica: uma análise dos anos de 2008 e 2009. /
Ana Beatriz Pinto de Almeida Vasconcellos. -- 2011.
96 f.: tab.

Orientador: Vaitsman, Jeni
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação.
2. Atenção Primária à Saúde. 3. Monitoramento. 4. Indicadores
Básicos de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.882



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz


ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 20 de julho de 2011.



Ana Beatriz Pinto de Almeida Vasconcellos

CC/Fa

Dedicatória

Dedico este trabalho em memória de meu pai, Fernando Vasconcellos, que me ensinou a persistir e às minhas filhas Thaís e Alice que fazem com que este ensinamento tenha sentido.

Agradecimentos

Aos colegas da CGPAN do Ministério da Saúde, pelo entusiasmo na defesa acirrada da política brasileira de alimentação e nutrição;

Ao colega Eduardo Nilson, que muito colaborou com observações valiosas sobre os registros de monitoramento da PNAN;

À colega Carmem Simoni, pelas conversas que tanto ajudaram na sistematização e organização das idéias;

Às Professoras Leonor Pacheco e Sandra Venâncio pelos valiosos comentários e estimulante participação na banca de defesa;

À Professora Jeni Vaistmam, pelo incentivo e confiança, componentes fundamentais para trilhar o caminho e chegar ao destino.

Resumo

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) delimita o campo da alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde (SUS) e coopera para o alcance da segurança alimentar e nutricional. Suas diretrizes incluem o monitoramento alimentar e nutricional e o controle de deficiências nutricionais, as quais envolvem no âmbito da rede de atenção básica, o desenvolvimento de ações de vigilância alimentar e nutricional e acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, e programas de suplementação de ferro e de suplementação de vitamina A. O objetivo deste trabalho é realizar uma análise dos resultados produzidos nos anos de 2008 e 2009, tendo como foco os sistemas de informação que na atenção básica registram dados sobre a execução destas ações e programas de nutrição prioritariamente dirigidos à população infantil. Como um exercício de monitoramento, é proposta a construção de um indicador sintético que reflita a cobertura da PNAN, por unidade federada. O resultado aponta para uma baixa inserção nacional embora registre a relação positiva do indicador com o aumento da Estratégia Saúde da Família. É indicada a necessidade de aprofundar esta análise, e de investir na organização de processos sistematizados de monitoramento que possibilitem a formação de uma cultura institucionalizada de monitoramento e a reorientação da política de alimentação e nutrição contribuindo para integralidade e qualidade da atenção básica de saúde e para o cumprimento dos compromissos intersetoriais com a segurança alimentar e nutricional.

Palavras chave: Alimentação e Nutrição. Atenção Básica. Monitoramento. Indicador Sintético.

Abstract

The National Food and Nutrition Policy defines the field of nutrition in the National Health System, working together for achieving food and nutrition security. Policy guidelines include food and nutrition monitoring and prevention and control of nutritional deficiencies. Actions and programs in the primary health care including nutrition surveillance, health conditions monitoring of families from the cash transfer program, and programs such as iron and vitamin A supplementation for children. With the objective of analyzing the results produced by information systems that records data on this implementation in primary care public service, was proposed to build a synthetic indicator in order to reflect the coverage of Food and Nutrition Policy by national, regional and state level and facilitate follow-up actions. The results indicate the low performance national and the correlation between the index and the model of primary health care based on Health Family Strategic. This fact showing the need to further the analysis and invest in monitoring process that encourages the formation an institutional culture of monitoring at all levels of national health system and the reorientation of policy, in order to improve the integrality and quality of primary health care service and meet the goals of food and nutrition security in the country.

Keywords: Food and Nutrition. Primary Health Care. Monitoring. Synthetic Indicator.

Sumário

Introdução.....	10
CAPÍTULO I – A Política Nacional de Alimentação e Nutrição.....	15
I. 1. Antecedentes e Trajetória da PNAN	15
I. 2. Ações e Programas da PNAN	22
I. 2.1. Vigilância Alimentar e Nutricional	22
I. 2.2. Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.....	27
I. 2.3. Programa Nacional de Suplementação de Ferro.....	31
I. 2.4. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.....	34
CAPÍTULO II – A Atenção Básica como provedora das ações da PNAN.....	38
II. 1. A Atenção Primária e a organização da Atenção Básica no Brasil.....	38
II. 2. A Interface da PNAN com a Atenção Básica.....	43
CAPÍTULO III - Referencial Teórico e Metodológico do Monitoramento a partir da Construção de Índices Sintéticos.....	47
III. 1. Abordagens sobre o Monitoramento das Políticas Públicas.....	47
III. 2. A utilização de índices sintéticos como parte do processo de monitoramento....	51
CAPÍTULO IV – Resultados e Discussão.....	54
IV. 1. Elaboração do Indicador Sintético para a PNAN na Atenção Básica.....	54
IV. 2 Cálculo do Índice PNAN-AB por Unidade Federada.....	56
IV. 3. Testes Estatísticos.....	72
IV. 4. Limites para utilização do Índice PNAN-AB.....	74
IV. 5. Discussão.....	75
CAPÍTULO V – Conclusão.....	81
Referências Bibliográficas.....	86

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Percentual de Crianças menores de cinco anos regularmente acompanhadas pelo SISVAN, por Região, UF e Brasil 2008 e 2009

Tabela 2 – Percentual de Cobertura das Famílias PBF com registro de condicionalidades de saúde por Região, UF e Brasil 2008 e 2009

Tabela 3 – Percentual de crianças entre 6 e 18 meses, que receberam o suplemento de sulfato ferroso por Região, UF e Brasil 2008 e 2009

Tabela 5 - Índice do Acompanhamento das famílias do PBF- IAPBF, por UF, por Região, UF e Brasil por ano.

Tabela 5 – Índice da Suplementação de Ferro – ISF, em crianças de 06 a 18 meses, por UF, por ano.

Tabela 6 – Índice de vigilância alimentar e nutricional - IVAN, por UF, por Região, UF e Brasil

Tabela 7 – Índice PNAN-AB por Unidade Federada, Região e Brasil, 2008.

Tabela 8– Índice PNAN-AB por Unidade Federada, Região e Brasil, 2009.

Tabela 9 – Percentual de crianças entre 6 e 69 meses, que receberam o suplemento de vitamina A por UF e Região Nordeste , 2008 e 2009

Tabela 10 - Índice de Suplementação de Vitamina A – por Unidade Federada da região Nordeste, por ano 2008 e 2009.

Tabela 11 – Índice combinado SF/VITA por UF, Região Nordeste, nos anos de 2008 e 2009.

Tabela 12 - Índice PNAN-AB Nordeste, 2008

Tabela 13 - Índice PNAN-AB Nordeste, 2009

Tabela 14 - Percentual de Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia Saúde da Família, nos anos 2008, 2009, por UF, Região e Brasil

Tabela 15 – Relação de Nutricionistas da Atenção Básica por habitante, nos anos 2008, 2009, por UF, Região e Brasil

Lista de Quadros

Quadro 1 - Ações e Diretrizes da PNAN

Quadro 2 – Descrição das Funções do SISVAN

Quadro 3 - Responsabilidades das famílias do PBF em relação à Saúde

Quadro 4 - Classificação das Unidades Federadas, conforme Índice PNAN-AB, 2008 e 2009

Lista de Siglas

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária de Saúde

CAISAN – Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional

CFN – Conselho Federal de Nutricionistas

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar

DATASUS – Departamento de Análise de Dados do Sistema Único de Saúde

DHA – Direito Humano à Alimentação

EFZ – Estratégia Fome Zero

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAO – Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IGD – Índice de Gestão Descentralizada

INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Atenção em Saúde da Família

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PBF – Programa Bolsa Família

PNSF – Programa Nacional de Suplementação de Ferro

PNVITA – Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

PNAN- Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SISAN – Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SISVAN – Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância

INTRODUÇÃO

O envolvimento com a gestão federal dos programas de alimentação e nutrição do SUS marcou minha experiência profissional na área pública nos últimos anos. Como nutricionista e sanitarista sempre questioneei a pouca atenção conferida às ações de nutrição na rede básica de saúde, em contraponto à inclusão do componente nutricional como parte da atenção primária de saúde, disseminado mundialmente a partir da Declaração de Alma – Ata¹.

De 2005 a 2010, anos em que atuei na Coordenação - Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde pude acompanhar a produção de normas e o desenvolvimento de sistemas de informação como um dos instrumentos destinados a operacionalizar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN no nível nacional e em especial na rede básica de saúde. O período é também marcado pela assinatura de pactos federativos entre os gestores de saúde (BRASIL, 2006) estabelecendo entre outros o compromisso com o fortalecimento da atenção básica de saúde, e pela articulação inter-setorial das ações de combate à fome e à pobreza (BRASIL, 2010) entre elas as ações de nutrição. Estas medidas aumentam a responsabilidade da PNAN e levantam questionamentos sobre os resultados alcançados pela PNAN após dez anos de sua aprovação e como monitorá-los, analisá-los e expressá-los de forma a aperfeiçoar a implantação da política.

A PNAN é uma das políticas setoriais do SUS e tem como finalidade promover melhores níveis de nutrição da população brasileira. Tem entre suas diretrizes o monitoramento da situação alimentar e nutricional e o controle de doenças e deficiências nutricionais cuja implementação ocorre tanto pela promoção de ações de saúde pública como pela oferta na rede de atenção básica, de ações de vigilância alimentar e nutricional, de acompanhamento de saúde das famílias cadastradas nos programas de transferência de renda, de suplementação de ferro para prevenção da anemia no âmbito nacional e da suplementação de vitamina A para prevenção da hipovitaminose A na região Nordeste.

Apesar da PNAN ter sido implantada desde 1999, não se tem ainda uma análise sobre o consolidado das ações que ela produz na atenção básica, o que limita a capacidade da gestão em adotar medidas que acarretem melhorias no desempenho e no aperfeiçoamento da política.

(1) Declaração de Alma-Ata. *Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em 10 de março de 2011.

O objetivo deste trabalho é, a partir das informações registradas nos sistemas de informação nos anos de 2008 e 2009, estabelecer um índice de inserção da PNAN na rede de atenção básica como um instrumento que possa contribuir para monitorar as mudanças ao longo do tempo, medir progressos e retrocessos e propiciar comparações sobre o grau de desenvolvimento das ações de nutrição junto às unidades federadas.

Na abordagem deste estudo adota-se o conceito de monitoramento como uma função contínua que utiliza a coleta de dados sobre indicadores específicos sobre a extensão e alcance dos objetivos e progresso de uma dada intervenção, tendo uma intenção descritiva e podendo ser feito em diferentes níveis do projeto, programa ou política (KUSEK& RIST, 2004).

A seleção dos anos de 2008 e 2009 toma em consideração a seguinte trajetória de implantação da PNAN no SUS:

- A partir da aprovação da PNAN em 1999, as ações de nutrição passam a ser implementadas na lógica universalista do SUS;
- Os anos de 2004 e 2005 são marcados pela publicação de normas que orientam a implantação da vigilância alimentar e nutricional, estabelecem a obrigatoriedade do registro das condicionalidades de saúde das famílias assistidas pelo Programa Bolsa Família e instituem os programas de suplementação de ferro e vitamina A;
- Em 2005 é implantado o módulo de acompanhamento de saúde das famílias do Programa Bolsa Família;
- Em 2006 são desenvolvidos os sistemas de informação dos programas de suplementação de ferro e vitamina A;
- A partir de 2007 as entregas de suplementos de ferro e vitamina A na rede de saúde são regularizadas;
- No início do ano de 2008 ocorre uma reformulação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, com a adoção da entrada de dados e emissão de relatórios gerenciais via internet;
- O ano de 2009 marca a primeira década de implantação da PNAN.

Além da pesquisa bibliográfica sobre os aspectos normativos, documentais e técnicos produzidos na gestão federal da política utilizou-se a análise descritiva do registro dos dados de cobertura oriundos dos sistemas de informação que conformam a

política. Foram consultados os relatórios emitidos pelos seguintes sistemas de informação:

- (1) O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): sistema que faz parte do grupo de Sistemas da PNAN e está disponível para utilização no Portal da Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (<http://nutricao.saude.gov.br>). O acesso é possível por meio da internet informando CPF e Senha individual. Disponibiliza as funções de registro, análise e consolidação dos dados antropométricos de peso e altura e de consumo alimentar de indivíduos atendidos na rede básica coletados pelos profissionais de saúde, permitindo desagregação por estabelecimento de saúde, micro área, município, unidade federada e região.
- (2) O módulo do Sistema de Informações do Bolsa Família na Saúde: desenvolvido pelo DATASUS e de acesso por meio da internet com registro do CPF e senha de usuário no portal http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_acesso2010.asp. O sistema permite consultar as Informações gerais sobre os Municípios, o quantitativo de famílias, crianças e mulheres em idade fértil referente ao acompanhamento, o percentual de cobertura das famílias, crianças menores de sete anos e mulheres acompanhadas na rede básica de saúde, desagregando por estabelecimento de saúde, município, regional de saúde e estado.
- (3) O módulo do Sistema de Suplementação de Ferro: disponível para utilização no Portal da Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (<http://nutricao.saude.gov.br>) e o acesso somente é possível por meio da internet informando CPF e Senha individual. O sistema possibilita o registro por mês do total de suplementos entregues de acordo com a faixa etária e tipo de produto: Crianças de seis até dezoito meses - Sulfato Ferroso – Frasco; Gestantes a partir da 20ª semana - *Sulfato Ferroso – Comprimido*; Mulheres até 3º mês pós-parto - *Sulfato Ferroso – Comprimido*. Os relatórios gerenciais permitem desagregação municipal, estadual, regional e nacional.

(4)O módulo do Sistema de Suplementação de Vitamina A: disponível para utilização no Portal da Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (<http://nutricao.saude.gov.br>). O acesso somente é possível por meio da internet informando CPF e Senha individual. O Sistema disponibiliza o gerenciamento de informações tais como: o registro das capsulas/doses aplicadas nos indivíduos cadastrados, de acordo com a faixa etária e tipo de produto, crianças de 06 até 11 meses, crianças de 12 até 59 meses e puérperas no pós-parto imediato; e o controle das capsulas/doses enviadas aos municípios. Os relatórios gerenciais permitem desagregação municipal, estadual, regional e nacional.

Foram levantadas em cada sistema de informação, as ações de monitoramento alimentar e nutricional, em menores de cinco anos, executadas em cada estado; o registro das ações de acompanhamento famílias do Programa Bolsa Família, em cada estado; o número de crianças entre 06 e 59 meses e em cada unidade federada suplementada com vitamina A; o número de crianças entre 06 e 18 meses que receberam o suplemento de sulfato ferroso.

Sobre os dados de cobertura das ações de nutrição registrados nos sistemas de informação aplicou-se a metodologia de construção de índices de amplitude de variação fechada, como é o caso do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que ao estabelecer uma variação entre 0 a 1 determinam valores de teto e de base para a variação possível (ref Nota técnica Relatório IDH 2008). No caso do índice da PNAN, os valores mais próximos de 1 refletem graus mais positivos de inserção das ações de nutrição na rede básica.

Com foco sobre os resultados obtidos, este trabalho pretende contribuir com a elaboração de mecanismos de monitoramento da política. Nesta perspectiva, o trabalho foi estruturado em cinco capítulos além da Introdução. No Capítulo I abordam-se os antecedentes e a trajetória da PNAN em seus dez anos de existência descrevendo as ações e os programas desenvolvidos na rede de atenção básica. O Capítulo II contextualiza a atenção básica no Brasil, a organização da rede por meio da Estratégia de Saúde da Família e a interface da PNAN. O Capítulo III apresenta o referencial teórico - metodológico do estudo, relacionando os aspectos teóricos do monitoramento

de políticas públicas e os aspectos metodológicos da elaboração de índices como forma de expressar sinteticamente uma realidade. O Capítulo IV apresenta e discute os resultados encontrados para o conjunto de unidades federadas nos anos estudados. Por fim, o Capítulo V apresenta as conclusões obtidas à luz dos índices encontrados e das reflexões decorrentes do processo de elaboração do estudo.

CAPÍTULO I – A Política Nacional de Alimentação e Nutrição

I. 1. ANTECEDENTES E TRAJETÓRIA DA PNAN

No Brasil, a questão alimentar e nutricional ingressa na agenda pública pelas mãos do cientista, médico e político pernambucano Josué de Castro, nos anos 30, com a realização da pesquisa sobre “as condições de vida da classe operária” denunciando, a fome e a desnutrição como fenômeno social relacionado com a pobreza e desigualdade. Sob o impacto desta denúncia, o estado brasileiro assume as primeiras ações de alimentação e nutrição como parte integrante de sua política social. (BRASIL, 2006; VASCONCELLOS, 2005)

No entanto, os precedentes da política nacional de alimentação e nutrição somente acontecem quarenta anos mais tarde com a elaboração dos Programas Nacionais de Alimentação e Nutrição - PRONAN I e PRONAN II, a cargo do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) vinculado ao Ministério da Saúde (PINHEIRO; CARVALHO, 2010).

O INAN é um marco importante para as políticas de alimentação e nutrição, por ter instituído não somente programas e ações sob sua coordenação, mas também por ter inspirado um conjunto de programas e ações cuja responsabilidade de execução extrapolava área da saúde. Sob a gestão direta do INAN estavam compreendidos os seguintes programas: o Programa de Nutrição em Saúde, com a distribuição de alimento para crianças e gestantes na rede básica de saúde; o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno; o Programa de Combate as carências específicas, incluindo a prevenção e tratamento do bócio, anemia e hipovitaminose A; o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), e ainda o Programa de Alimentos Básicos em Áreas de Baixa Renda que distribuía alimentos para pequenos varejistas e o Programa de Racionalização da Compra, que adquiria alimentos diretamente do produtor (KRUSE, 2007).

Durante a década de oitenta, o movimento da reforma sanitária em defesa de um sistema de saúde universal, igualitário e com participação social, inspirou a organização da 1ª. Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, que incluiu de forma inédita entre suas recomendações, o acesso aos alimentos como direito. Assim tanto a adoção

de uma política agrícola voltada para a produção de alimentos básicos como uma política de emprego e salários que garanta o acesso aos alimentos e a integração das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atuação do Sistema Único de Saúde deveriam compor a política nacional e orientar os setores envolvidos de forma articulada. (BURLANDY, 1998).

A Lei n.º 8080 de 1990 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo entre suas atribuições, a formulação de políticas sociais e econômicas voltadas à promoção da saúde e à identificação de seus condicionantes e determinantes. Fica assim contemplado o desenho de políticas intersetoriais de alimentação e nutrição, embora seja assumido como atribuições específicas do setor saúde, a vigilância alimentar e nutricional, a orientação alimentar da população e a vigilância sanitária dos alimentos.

A década de 90 foi marcada pela redução da intervenção do Estado na gestão das políticas sociais afetando as políticas de alimentação e nutrição. Houve a descontinuidade e a desarticulação de vários programas da área social e somente dois programas de nutrição continuaram funcionando: o programa de Combate ao Bócio Endêmico e o SISVAN (VASCONCELOS, 2007).

A extinção do INAN ocorre no ano de 1997 e atribuições restantes foram reorganizadas em uma área técnica do Ministério da Saúde. A incerteza sobre o futuro dos programas e ações resultou em um novo debate acerca da institucionalidade da política de alimentação e nutrição.

No âmbito internacional acontece no ano de 1996 a realização da Cúpula Mundial de Alimentação cuja Declaração sobre a Segurança Alimentar Mundial solicita que os países incorporem a alimentação como um direito humano e o adotem o conceito ampliado de segurança alimentar e nutricional, em suas políticas públicas. O Brasil como signatário dos documentos internacionais sobre segurança alimentar e nutrição assume internamente objetivos estratégicos com a redução da anemia, da hipovitaminose A, da deficiência de iodo, do baixo peso ao nascer e de outras deficiências nutricionais, as quais reconhecidamente afetam a qualidade de vida dos brasileiros (Assis, 2002)

Sob esta influência, tem início o processo de formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), reunindo pesquisadores, profissionais de saúde e militantes do direito humano. Segundo Carvalho (2005) a construção da política originou-se de um processo participativo, foi baseado no perfil epidemiológico do país, considerou premissas internacionais do direito a alimentação e as premissas nacionais do dever de Estado.

A PNAN inaugura a política pública fundamentada no direito humano à alimentação com o entendimento formulado por Valente (2002) de que “o direito humano é indissociável ao direito à nutrição, na medida em que a dimensão humana só é alcançada quando o alimento é transformado em um ser humano bem nutrido, saudável, digno e cidadão”. Assim, o direito humano à alimentação depende do respeito a práticas e hábitos alimentares, do estado de saúde das pessoas, da prestação de cuidados especiais a grupos humanos social e biologicamente vulneráveis e da capacidade de todo ser humano de alimentar e nutrir a si próprio e à sua família, com dignidade, a partir do seu trabalho no campo ou na cidade.

A PNAN como política integrante do SUS obedece aos princípios de universalidade, equidade, descentralização e participação social devendo ser implantada em todas as esferas de governo mediante estes compromissos. Sua concepção considera a relevância da alimentação e nutrição para promoção e proteção da saúde e a formulação das diretrizes levam em conta as situações extremas, da desnutrição, obesidade e pobreza com as quais a sociedade brasileira convive e para qual a política pública é direcionada. O contexto de segurança alimentar e nutricional é considerado nos aspectos relacionados à produção e o consumo, especialmente no que tange a capacidade aquisitiva da população, a escolha dos alimentos e os fatores culturais que interferem nesta escolha. Na visão dos formuladores da política, a adoção deste conceito facilitou a compreensão do papel do setor saúde com relação às ações de alimentação e nutrição (BRASIL, 2000).

A Portaria Ministerial No. 710 de 10 de junho de 1999 cria a PNAN com o propósito de promover práticas alimentares saudáveis e prevenir e controlar os distúrbios nutricionais, garantir da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, bem como estimular o acesso aos alimentos. Os programas e projetos de nutrição

passam a ser orientados pelas sete diretrizes da Política, quais sejam: estímulo às ações com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços nesse contexto; monitoramento da situação nutricional e alimentar; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. O quadro seguinte apresenta as ações previstas em função das principais diretrizes.

Quadro 1 - Principais Diretrizes e Ações da PNAN

Diretrizes	Detalhamento	Ações Previstas
Estímulo as ações intersetoriais que propiciem acesso aos alimentos	Responsabilidade do setor da saúde na identificação e divulgação dos determinantes da situação alimentar e nutricional.	Produção de informações, divulgação e negociação com outros setores governamentais que controlam políticas de interesse para a redução do risco de insegurança alimentar.
Monitoramento da situação alimentar e nutricional	Descrição contínua e predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e de seus determinantes como parte da rotina da atenção básica.	Ampliação e aperfeiçoamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, contemplando, entre outros atos: diagnóstico descritivo e analítico dos principais problemas de saúde, instalação de sítios sentinelas em áreas de maior risco, mapeamento das endemias carenciais, mapeamento da prática do aleitamento materno, avaliação periódica do estado nutricional dos escolares, levantamento de dados macroeconômicos e sociais que definem riscos da insegurança alimentar e nutricional.
Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis	Estratégias para estimular e ampliar a adoção pela população de práticas alimentares saudáveis como parte essencial do objetivo de promover estilos de vida saudáveis para todos.	Socialização permanente e metodologicamente renovada de conhecimentos sobre os alimentos e o processo de alimentação, abrangendo o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais que impliquem em consumo de alimentos de baixo custo e alto valor nutritivo, a aplicação de fatores nutricionais na prevenção e recuperação de doenças crônicas, a adoção de medidas para disciplinamento da publicidade de produtos alimentícios, o fortalecimento dos bancos de leite humano.
Prevenção e Controle dos distúrbios nutricionais e doenças associadas a alimentação e nutrição	Dupla perspectiva de ação, considerando o quadro da morbimortalidade infantil de	Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais, incluindo, entre outras atividades: abordagem familiar via adoção do conceito de “família

	desnutrição/infecção e o grupo das enfermidades crônicas não transmissíveis	vulnerável”, ações de suplementação alimentar, educação alimentar, vigilância do crescimento e desenvolvimento das crianças e de outros membros da unidade familiar, controle de doenças coexistentes, suplementação específica (ferro e retinol), fortificação de alimentos, fiscalização da iodação do sal, ações de estímulo ao aleitamento materno.
--	---	---

Fonte: Assis e colaboradores (2002, p.262)

A coordenação da Política é atribuição do Ministério da Saúde cabendo aos estados e municípios a responsabilidade de coordenar e executar ações, projetos e programas referentes à política em sua esfera de atuação, bem como promover a adequação dos planos locais e participar do financiamento da política.

Ao definir as atribuições setoriais e intergovernamentais na implementação e concretização das ações e diretrizes, os gestores estaduais e municipais, entre outras, foram incumbidos das seguintes atribuições e responsabilidades: prestar cooperação técnica para implantar as ações da PNAN, participar da aquisição, receber e ou adquirir suplementos nutricionais; promover a consolidação do componente estadual e ou municipal do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); realizar a vigilância da hipovitaminose A, promovendo, inclusive, a aplicação periódica de megadoses desta vitamina, estabelecer sistemas de informação e análise como prática contínua e regular; uniformizar procedimentos relativos à avaliação de casos, à eleição de beneficiários, ao acompanhamento e recuperação de desnutridos e manejo de doenças nutricionais

Ao final de 2002, o Ministério da Saúde responsabilizava-se pela condução de programas e ações como o Programa Bolsa Alimentação; ações de controle da hipovitaminose A, anemia ferropriva e distúrbios por deficiência de iodo; ações para promoção da alimentação saudável e SISVAN (VASCONCELLOS, 2005).

Em 2003, com a formação do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar (posteriormente denominado de Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome), a implantação do Programa Bolsa Família, unificando os diferentes programas existentes entre ele o Bolsa Alimentação, e a criação da Estratégia Fome Zero (EFZ) articulando 33 programas sociais, o governo assumiu o debate da Segurança Alimentar

e Nutricional como eixo estratégico de desenvolvimento, colocando no centro desta agenda a superação da pobreza e da fome.

Na concepção dos formuladores da EFZ, o conjunto de ações desenvolvidas pela PNAN faz parte do eixo de acesso aos alimentos, o qual reúne programas de diferentes setores. Neste eixo é destacada, a atuação da saúde na prestação de serviços básicos às famílias do Programa Bolsa Família, a promoção da alimentação saudável, a vigilância alimentar e nutricional e a oferta universal dos programas de suplementação de ferro e vitamina A como contribuições concretas para redução da pobreza e desigualdade.

A Lei 11.346, de 15 de setembro de 2006 que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar (SISAN) insere em seu campo de abrangência: “a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social” e estabelece como diretriz “o monitoramento da situação alimentar e nutricional, visando a subsidiar o ciclo de gestão das políticas para a área nas diferentes esferas de governo”.

A convergência entre os sistemas de saúde e de segurança alimentar e nutricional vai aos poucos sendo configurada tendo como elemento de ligação, as ações e diretrizes desenvolvidas pela PNAN. A 3ª. Conferência de SAN realizada em 2007 propõe avanços na articulação entre os dois sistemas, ao aprovar como diretriz para a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional “o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em toda a rede de atenção do SUS” (CONSEA, 2007).

O balanço das ações governamentais de SAN apresentado em julho de 2008 destaca a relevância do fortalecimento das ações de alimentação e nutrição nos diferentes níveis de atenção à saúde, enfatizando a capilaridade do sistema de saúde como elemento estratégico para efetivar o direito humano à alimentação (BRASIL, 2008).

Arretche (2002) chama atenção para o sucesso do governo federal em transferir aos municípios a responsabilidade da gestão da atenção básica de saúde, e o crescimento expressivo do número de estabelecimentos de saúde decorrente deste processo. Para formuladores e gestores da PNAN, o entendimento é de que a descentralização da política de saúde acena com a possibilidade de difusão de propósitos e diretrizes, de

expansão das ações e programas de alimentação e nutrição e com a definição de atribuições e responsabilidades entre os entes federados.

Para efeitos desse estudo, o entendimento é de que o desenvolvimento das ações e programas da PNAN, nos estados e municípios, medidos pelos números registrados nos sistemas de informação da saúde pode ser entendido não só como o reflexo do desempenho da política no âmbito interno do SUS, mas também como o SUS responde aos compromissos intersetoriais para o alcance da segurança alimentar e nutricional e ao mesmo tempo contribui para o direito à alimentação, assegurado na Constituição Federal.

Pesquisa contratada pelo Ministério da Saúde para analisar a PNAN em seus dez anos avaliou positivamente a política em virtude dos pressupostos de alcance da segurança alimentar e nutricional, destacando, no entanto sua implementação fragmentada e de pouca visibilidade interna ao SUS. Entre os fatores negativos figuram a baixa inserção da agenda da Alimentação e Nutrição no SUS; a fragmentação das ações e programas; a insuficiência de regulamentações federais capaz de direcionar os processos de gestão locais. o déficit de capacitação e recursos humanos e a fragilidade institucional da CGPAN. Entre os fatores positivos são destacados além da qualificação do corpo técnico e da qualidade dos materiais elaborados, o sucesso das ações de monitoramento e a implantação do SISVAN (OPAS/MS, 2009)².

I. 2. AÇÕES E PROGRAMAS DA PNAN

I. 2.1. Vigilância Alimentar e Nutricional

A concepção da vigilância nutricional remonta a década de setenta quando a proposta de criação de um Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, operado pelo Fundo das Nações Unidas para Agricultura – FAO, pelo Fundo das Nações Unidas para Infância – UNICEF e pela Organização Mundial da Saúde – OMS, é formalmente apresentada na Conferência Mundial de Alimentação em Roma, 1974. Este sistema deveria ser utilizado

para monitorizar as condições dos grupos desfavorecidos da população de risco, e para proporcionar um método de avaliação rápida e permanente de todos os fatores que influenciam os padrões de consumo alimentar e o estado nutricional (FAO/OMS, Resolução V.13).

A idéia era ter um sistema capaz de promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e seus determinantes com vistas a fornecer uma base para decisões sobre políticas, planejamento e gerenciamento de programas relacionados com o consumo alimentar e o estado nutricional. O SISVAN foi portanto desenvolvido de forma distinta em vários países, ora acoplado a atividades de planejamento nutricional e de saúde, ora como sistema de avaliação de programas de suplementação alimentar e ainda como programas de alarme oportuno em países com rápida flutuação na produção e oferta de alimentos.

Na maioria dos países o sistema vem sendo implantado, predominantemente a partir do setor saúde. De acordo com Castro (1995, p.38) “no Brasil, o sistema funciona de forma paralela graças aos esforços de técnicos envolvidos com as ações de nutrição na rede básica de saúde sem que haja uma demanda real pelas informações geradas”. Como ação de saúde, a prioridade é a vigilância nutricional de crianças utilizando a avaliação antropométrica para o diagnóstico e acompanhamento da situação nutricional (SÃO PAULO, 2002).

Batista-Filho & Rissin (1993) afirmam que a Vigilância Alimentar e Nutricional deve resgatar o compromisso das ações básicas de saúde, valorizando os aspectos referentes ao pré-natal, planejamento familiar, assistência ao parto e ao recém-nascido, controle do crescimento e desenvolvimento, prevenção e tratamento das diarreias e de doenças respiratórias agudas, vacinações de rotina, promoção do aleitamento materno e orientações educativas

No Brasil, o SISVAN foi regulamentado pelo Ministério da Saúde em 1990. Em agosto desse ano é instituído o SISVAN, por meio de Portaria ministerial (Portaria 1156/90) e no mês de setembro, a Lei 8.080/90 inclui a vigilância alimentar e nutricional como atribuição do SUS. Nos anos seguintes, assumindo como fundamento o compromisso de universalização da rede básica, tem início um processo de organização do sistema em forma de rede, centrado na área da saúde, com indicadores e

fluxo de dados minimamente padronizados.

Desde sua criação, o SISVAN esteve sempre acoplado a programas de distribuição de alimentos ou de renda levando o sistema a funcionar como um instrumento de triagem de beneficiários. É dessa época a incorporação do conceito de segurança alimentar e nutricional como fundamento para a formulação de políticas nacionais de combate a fome e a desnutrição, tendo o SISVAN como ferramenta para sua consecução (CASTRO, 1995).

A PNAN (1999) concebe o monitoramento alimentar e nutricional como diretriz política com capacidade de subsidiar intervenções voltadas para a prevenção e o controle de distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição e para a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis. O monitoramento proposto preconiza a integração de informações oriundas de pesquisas nacionais com aquelas produzidas em diferentes sistemas de informação da saúde de maneira a permitir a análise contínua da situação alimentar e nutricional. (ENGSTROM, 2004).

Como sistema de informação da rede básica de saúde, o SISVAN teve seu primeiro diagnóstico nacional realizado em 2001. Entre as limitações apontadas encontravam-se a baixa cobertura, má qualidade dos dados, descontinuidade do envio dos relatórios, falta de coordenação entre os sistemas existentes (municipal/estadual), duplicidade na coleta de informações, dados coletados considerando as informações por consultas realizadas e não por indivíduos atendidos, dados de demanda ou rotina dos serviços e não de base populacional, e ainda as informações refletiam somente o enfoque nutricional sem nenhuma informação alimentar.

A Portaria Ministerial n.º 2.246 de 2004 teve o objetivo de instituir novas orientações para as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do SUS, em todo o território nacional e remodelar o sistema de informação. (BRASIL, 2004). É importante distinguir neste momento que o SISVAN é o sistema informatizado de vigilância alimentar e nutricional que integra este conjunto maior de estratégias relacionadas à vigilância alimentar e nutricional.

Em 2005, vinte e duas unidades federadas informaram ter o SISVAN implantado total ou parcialmente. Somente os estados da AC, DF, MT, RN e RR, não

forneceram informação acerca da etapa de implantação em que se encontravam. Sete unidades federadas (MT, TO, MT, SP, RJ, AL, MS, RR) afirmaram realizar capacitações municipais para implementação do SISVAN e somente uma delas, o Estado do Paraná, informou prestar assessoramento técnico aos municípios para implantar o SISVAN (BRASIL, 2005, relatórios de capacitação do SISVAN).

Em janeiro de 2008, novo sistema operacional foi desenvolvido para o SISVAN para responder algumas limitações identificadas na versão digital prévia, implantada em 2004. A nova versão do SISVAN de acesso on-line armazena dados da população atendida pela Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, incluindo os beneficiários do programa de transferência de renda do Governo Federal, o Programa Bolsa Família. Por meio dele é possível realizar o monitoramento do estado nutricional e alimentar da população em geral e de grupos específicos. Permite a migração de algumas informações sobre as condicionalidades do setor saúde dos beneficiários do programa: entre crianças menores de sete anos essas informações correspondem ao acompanhamento do crescimento (peso e altura).

Outra vantagem do SISVAN é a organização das informações com base nos indivíduos. Este aspecto permite a realização da vigilância no nível individual, isto é, o monitoramento do estado nutricional e alimentar de uma criança, por exemplo, com vistas à identificação precoce de risco nutricional para a imediata ação e possibilidade de reversão do possível agravo. A desagregação das informações neste novo sistema possibilita ainda obter precisão na localização dos agravos. É possível localizar não apenas os indivíduos como também as Unidades Básicas de Saúde, os municípios ou as regiões com maiores prevalências de desnutrição e/ou excesso de peso, aspecto único desta estratégia de Vigilância Nutricional.

Pesquisa realizada em 2009 (UNICEF, 2010) com objetivo de identificar potencialidades do SISVAN apontou as seguintes vantagens da versão digital do sistema: i) fácil acesso por meio da Internet, que dispensa a necessidade de instalação e atualizações de softwares e permite aos gestores usufruírem da segurança e qualidade da manutenção dos dados armazenados diretamente na estrutura do DATASUS; ii) simplicidade e “desburocratização” para realizar cadastros dos indivíduos acompanhados, não sendo exigido o porte do NIS ou Cartão SUS; iii) utilização das

referências mais atuais da vigilância, como as curvas de crescimento para menores de 5 anos da Organização Mundial de Saúde; iv) opção de registro de marcadores do consumo alimentar para as diferentes fases da vida; v) a possibilidade de vincular os indivíduos a diferentes programas e tipos de acompanhamento; vi) a oferta de diferentes perfis de acesso, incluindo um perfil próprio para o Estado.

O SISVAN é descrito como um sistema que faz parte do grupo de Sistemas da PNAN e está disponível para utilização no Portal da Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde disponibilizando funções de registro, análise e consolidação dos dados de antropometria e de consumo alimentar coletados pelos profissionais de saúde. O quadro seguinte apresenta um resumo dos dados e funções do SISVAN.

Quadro 2 – Descrição das funções do SISVAN

Funções do SISVAN	Descrição
Domicílio:	Possibilita a pesquisa e o cadastro de domicílios no banco de dados. Para cadastrar indivíduos no SISVAN é necessário primeiramente o cadastro de domicílios;
Indivíduo:	Possibilita a pesquisa e o cadastro de indivíduos no banco de dados;
Programas:	Possibilita o cadastro de Programas federais, estaduais e municipais no SISVAN, bem como, a vinculação de indivíduos e acompanhamentos aos programas
Código Identificador:	Possibilita criar códigos no SISVAN (Nº Prontuário, Cartão Estadual de Saúde, etc.) de acordo com a necessidade do usuário, facilitando o a relação entre bases de dados e identificação do indivíduo;
Tipo de Acompanhamento	Permite a criação de procedência de acompanhamentos com o objetivo de analisar o resultado da avaliação nutricional diante das estratégias de acompanhamento;
Micro-área:	Possibilita o cadastro de micro-áreas conforme a necessidade dos usuários. Essas micro-áreas podem ser equipes de saúde, agentes comunitários, ou conforme a organização do município e devem estar obrigatoriamente

	vinculados a um EAS
Grupo:	Possibilita o cadastro de grupos específicos, bem como, a vinculação de indivíduos e acompanhamentos aos grupos (população institucionalizada, população de rua , etc.);
Mapa Diário	Possibilita a geração de mapas personalizados, preenchidos com nomes e endereços dos indivíduos, por endereço, EAS e micro-área;
Acompanhamento:	Possibilita o registro do acompanhamento realizado;
Antropometria:	Possibilita a inserção dos dados de peso e altura dos indivíduos;
Consumo Alimentar:	Possibilita o registro do resultado da avaliação do consumo alimentar dos indivíduos acompanhados.

É importante registrar que a busca de aperfeiçoamento e da expansão da vigilância alimentar e nutricional na rede básica de saúde deve considerar a própria expansão da implantação e uso do SISVAN. Relatórios gerenciais da CGPAN entre os anos de 2003 e 2010 apontam para uma evolução nacional de registros de dados no sistema ainda que de forma intermitente, de 63 mil para 09 milhões de acompanhamentos nutricionais entre a população de todas as faixas etárias (VASCONCELLOS & NILSON, 2010).

I. 2.2. Acompanhamento das condicionalidades das famílias do Programa Bolsa Família

Os programas de transferência de renda de forma geral incluem-se na categoria de mínimos sociais com o objetivo último de contribuir para o atendimento das necessidades sociais básicas da população, o que envolve as condições objetivas de trabalho, saúde e educação. Na maioria das vezes estão associados à exigência de contrapartidas nas esferas da saúde, educação ou trabalho e conformando-se como programas compensatórios e focalizados na extrema pobreza. (MESQUITA, 2009)

A análise da trajetória dos programas federais de transferência de renda no Brasil, iniciando-se com Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação permite caracterizá-los como programas de transferência compensatórios e residuais de renda mínima objetivando a transferência monetária a famílias muito pobres com acompanhamento de contrapartida pelas famílias. Registra-se, no entanto que tanto o

Programa Bolsa Alimentação coordenado pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2001 a 2003 como o Cartão Alimentação, coordenado pelo Ministério Extraordinário de Combate a Fome entre os anos de 2003 a 2004 apresentavam objetivos voltados a combater a fome e a desnutrição e contribuir com a segurança alimentar e nutricional das famílias.

O Programa Bolsa Família – PBF criado a partir da fusão dos programas de transferência de renda que o antecederam, em como principais objetivos: promover o acesso à rede de serviços públicos, especialmente de saúde, educação e assistência social, propiciando a articulação entre tais setores; combater a fome, a pobreza e promover a segurança alimentar e nutricional; e estimular a emancipação sustentada das famílias beneficiadas (BRASIL, 2004).

Diversos autores defendem as condicionalidades exigidas como contrapartida das famílias beneficiárias do PBF. Para Draibe (2001), a combinação de objetivos de curto e longo prazo em programas de transferência de renda estimula sinergias entre diferentes dimensões de educação e nutrição repercutindo favoravelmente nas condições de saúde da população. Segundo Cunha (2009), as condicionalidades podem ser entendidas como um contrato entre as famílias e o poder público, havendo por um lado o cumprimento das ações para recebimento do benefício, e por outro, a ampliação do acesso a direitos básicos de saúde e educação. De acordo com Currallero & Cols (2010) a exigência da frequência escolar e o cumprimento da agenda de saúde promovem o aumento da capital humano das populações mais pobres e possibilita novas perspectivas de inserção socioeconômica.

A regulamentação do PBF (Decreto 5.209, de 17 de setembro de 2004) ao associar o pagamento do benefício ao cumprimento de condicionalidades de saúde e educação pelas famílias beneficiárias delega a cada setor a responsabilidade pelo acompanhamento e fiscalização de seu cumprimento. No caso da Saúde, as atribuições e as normas para a oferta e o monitoramento das ações incluem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, da assistência ao pré-natal e ao puerpério, da vacinação, bem como da Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças menores de sete anos. A responsabilidade das famílias foi estabelecida pela Portaria MS/MDS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004 e encontra-se detalhada a seguir.

Quadro n.3 - Responsabilidades das famílias do PBF em relação à Saúde

Para famílias com crianças menores de 07 anos	Levar a criança à Unidade de Saúde mantendo em dia o calendário de imunização.	Levar a criança à Unidade de Saúde para o acompanhamento do estado nutricional, conforme calendário do MS.	
Para gestantes e mães que amamentam entre 14 e 44 anos	Inscriver-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde mais próxima de sua residência, portando o cartão da gestante,	Continuar o acompanhamento após o parto, de acordo com o calendário do Ministério da Saúde e levando sempre o cartão da gestante.	Participar das atividades educativas sobre aleitamento materno e promoção do aleitamento materno.

Fonte: Portaria MS/MDS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004

Para esse acompanhamento, foram criados sistemas específicos de monitoramento, nos quais cada município fornece os dados relativos ao cumprimento das exigências por parte das famílias

Em 2005, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde o Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, como módulo associado ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, de forma a garantir o acompanhamento individualizado e via internet das condicionalidades de saúde. As condicionalidades têm relação direta com a realização das ações de vigilância alimentar e nutricional, que no âmbito da rede de serviços visa detectar situações de risco e determinar ações pertinentes (ROCHET, 2009).

Aos municípios cabe prover as informações sobre o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família bem como prover as ações básicas de saúde e aos estados, apoiar, tecnicamente, os municípios na implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional e oferta das ações básicas de saúde. A análise dos dados consolidados de acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família deve ainda constituir diagnóstico para subsidiar a política estadual de saúde e de segurança alimentar e nutricional.

As informações sobre as condicionalidades da saúde podem ser inseridas diretamente no sistema de informação próprio do PBF na página do SISVAN – Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional, no Ministério da Saúde, nas unidades básicas de saúde do SUS que tenham computador com acesso à internet. A unidade de saúde pode lançar assim as informações sobre o acompanhamento das condicionalidades direto no formulário eletrônico correspondente a cada família (COELHO, 2009)

O sistema é de acesso através da internet e, portanto disponível aos municípios brasileiros. As informações sobre as condicionalidades da saúde podem ser inseridas diretamente no sistema de informação nas unidades básicas de saúde do SUS que tenham computador com acesso à internet. A implantação do sistema permite que a unidade de saúde registre as informações sobre o acompanhamento das condicionalidades direto no formulário eletrônico correspondente a cada família. Mas, essa atualização requer da unidade de saúde recursos técnicos logísticos e humanos que alguns municípios não dispõem, ou dispõem parcialmente. Como consequência, as diferenças regionais implicam no desempenho do registro das informações de saúde.

Nas unidades básicas de saúde que não dispõe de computador nem acesso a internet, esta aferição é realizada manualmente e enviada ao órgão central do município, que fica assim responsável pela inclusão dos dados no Sistema. De acordo com análise de desempenho do PSF realizada no Sul e Nordeste do Brasil, somente 30% das unidades básicas de saúde possuem computadores, revelando o déficit de infra-estrutura para a realização da tarefa de registro semestral das informações em tempo oportuno (FACCHINI ET AL, 2006).

Desde o início do acompanhamento das famílias no primeiro semestre de 2005 até o segundo semestre de 2008, o número de famílias do Programa Bolsa Família a serem acompanhadas pela saúde passou de 5,5 milhões no primeiro semestre de 2005 para 9,6 milhões no segundo semestre de 2008, significando o crescimento de quase o dobro de famílias em três anos. Por sua vez, o acompanhamento feito pelo Sistema Único de Saúde passou de 312.821 famílias acompanhadas em 2005, para 5.6 milhões famílias em 2008 demonstrando um crescimento de 18 vezes em três anos.

Para dar agilidade e capilaridade ao registro das condicionalidades somente no ano de 2005 foram realizadas 16 capacitações regionais resultando em 36% dos municípios treinados. Nos anos seguintes estas atividades passam a integrar a rotina de trabalho das coordenações estaduais de alimentação e nutrição, possibilitando o treinamento e informação para a totalidade dos municípios brasileiros. Ao longo deste processo de capacitação ora somente voltado ao setor saúde, ora de forma a envolver os parceiros locais da gestão do PBF tornou evidente a necessidade de estimular os espaços de diálogo entre os setores da saúde e da gestão do PBF no intuito de promover melhores performances nos dados coletados pela saúde.

O crescimento acelerado do número de beneficiários nos primeiros anos do PBF, resultaram na criação de uma nova modalidade de repasse de recursos aos estados e municípios no intuito de estimular e apoiar a gestão descentralizada e organização local dos serviços tendo como referência o cálculo de um Índice de Gestão Descentralizada – IGD a partir de quatro variáveis: a qualidade das informações do cadastro; a atualização das informações cadastrais pelo menos a cada dois anos; a prestação de serviços e o registro das condicionalidades da saúde e da educação. Os municípios que não alcançam o IGD de 0,55 não recebem os recursos para a gestão descentralizada.

No âmbito do sistema de saúde, é importante ressaltar que o trabalho da atenção básica no Brasil ainda é desafiador. O cuidado com famílias e indivíduos inseridos em ambientes geográficos e sociais diversificados é atividade complexa que exige uma compreensão abrangente e a capacidade de lidar com os determinantes de saúde que estão muitas vezes fora do campo estrito da ação sanitária. (CURRALERO et.al., 2010)

As condicionalidades do Programa Bolsa Família levantam questionamentos sobre a eficácia do setor saúde, principalmente sobre a capacidade das unidades básicas de saúde de se constituírem como porta de entrada do sistema. Nesta perspectiva, a articulação da Estratégia de Saúde da Família, modelo de atenção primária adotado pelo SUS, com o PBF é tida como imprescindível para se avançar no acesso e na oferta de ações básicas de saúde, especialmente à populações pobres as quais muitas vezes se encontram à margem do sistema de saúde (ONU, www.ipc-undp.org/publications/mds acessado em 2011)

Observa-se que o Pacto pela Vida criado pela Portaria Ministerial GM 325 de 21 de fevereiro de 2008, documento assinado pelos gestores do SUS em torno de um conjunto de compromissos de saúde considerados prioritários, incluiu entre as metas o acompanhamento das ações de saúde e nutrição das famílias na atenção básica. O percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do PBF acompanhadas pela Atenção Básica foi definido como indicador de fortalecimento da atenção básica (BRASIL 2006).

Ainda não se tem uma avaliação acerca das medidas de incentivo a gestão municipal sobre os resultados do acompanhamento das condicionalidades, no entanto, pode-se afirmar que a criação do IGD e a inclusão de metas de cobertura das famílias entre os compromissos prioritários do SUS são indicativos da prioridade política conferida ao Programa Bolsa Família.

I. 2.3. Programa Nacional de Suplementação de Ferro

As deficiências nutricionais acham-se muitas vezes associadas ao quadro estrutural da pobreza. Em conseqüência, sua erradicação definitiva encontra-se em grande medida na dependência da própria erradicação dos contrastes econômicos e sociais. O setor saúde contribui para a efetiva redução do quadro de deficiências nutricionais utilizando uma série de instrumentos de comprovada eficácia (BATISTA & RISSIN, 1993).

Entre as condutas reconhecidas mundialmente para prevenir e controlar tais deficiências encontra-se a fortificação de alimentos, a suplementação medicamentosa realizada por programas de distribuição intensiva de suplementos para crianças, mulheres e gestantes e as estratégias de educação nutricional junto à comunidade.

As prevalências nacionais das deficiências nutricionais entre mulheres em idade fértil e crianças encontradas pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 2006 registram 30% de anemia em mulheres e 21% em crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2008, PNDS, 2006).

A relevância da anemia por deficiência de ferro decorre não apenas da magnitude de sua ocorrência, mas, principalmente, dos efeitos deletérios que ocasiona à

saúde da criança, tais como: repercussões negativas no desenvolvimento psicomotor e cognitivo, diminuição na capacidade de aprendizagem e comprometimento da imunidade celular, com menor resistência às infecções (WALTER et al. 1999; GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2001). Além destes efeitos, a anemia é um dos principais fatores associados ao baixo peso ao nascer e à mortalidade materna, situando-se entre as 10 causas relacionadas à baixa expectativa de vida nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (WHO, 2001).

A suplementação preventiva de ferro é considerada uma das estratégias de nutrição infantil mais efetiva para evitar a perda do potencial de desenvolvimento das crianças. Além de prevenir a anemia, a abordagem preventiva tem efeito positivo sobre o desenvolvimento motor, cognitivo e sócio emocional da população infantil (ENGLE, 2007). Diversos autores apontam que a suplementação preventiva de crianças realizada em serviços públicos de saúde, reduz significativamente o risco de anemia na infância. (MONTEIRO et. Al., 2002).

No Brasil, a ocorrência de anemia é constatada em inúmeras revisões acerca do tema (SZARFARC, 2010) apontando para proporções crescentes em todos os grupos populacionais independente de idade, situação fisiológica e gênero. Pesquisas de série histórica realizadas nos estados de Paraíba, Pernambuco, e São Paulo mostram um aumento na prevalência da anemia na última década, especialmente entre crianças menores de cinco anos. (BATISTA-FILHO et.al., 2003, 2008).

Em decorrência das altas prevalências de anemia, em 1999, o governo brasileiro, a sociedade civil e científica, organismos internacionais e as indústrias brasileiras firmaram o Compromisso Social para a Redução da Anemia Ferropriva no Brasil. Este compromisso, explicitou a necessidade de implementação das seguintes estratégias de intervenção em nível nacional: fortificação das farinhas de trigo e de milho com ferro, suplementação medicamentosa de ferro para grupos vulneráveis e orientação alimentar e nutricional (BRASIL, 1999).

No ano de 2005, por meio da Portaria Nº 730/GM de 13 de maio de 2005 é instituído o Programa Nacional de Suplementação de Ferro – PNSF destinado a prevenir a anemia ferropriva. O PNSF consiste na suplementação medicamentosa de sulfato ferroso para todas as crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir

da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto. As gestantes são suplementadas também com ácido fólico, devido ao papel importante dessa vitamina na gênese da anemia.

Os suplementos são distribuídos, gratuitamente, às unidades de saúde que conformam a rede do SUS em todos os municípios brasileiros, de acordo com o número de crianças e mulheres que atendam ao perfil de sujeitos da ação do Programa. É enfatizada ainda a importância da sensibilização das famílias através da oferta de ações educativas sobre alimentação saudável na rede de saúde.

A implantação do PNSF exigiu o desenvolvimento de um insumo específico para distribuição junto às crianças de 06 e 18 meses, cabendo ao Laboratório Oficial de Farmanguinhos o atendimento desta demanda. Foi produzido um xarope sabor laranja contendo sulfato ferroso na concentração de 25 mg de ferro elementar. Dessa forma, o insumo em questão é específico para distribuição por meio do PNSF e o rótulo do produto traz a identificação do programa e do Ministério da Saúde.

Entre as atribuições das três esferas de governo compete ao MS a avaliação do desempenho e do impacto do Programa em nível nacional e do apoio das ações da mesma natureza nos estados e municípios; cabendo aos estados o acompanhamento e o monitoramento da situação dos municípios quanto ao nível de implantação do Programa e à cobertura populacional. Ao município, além dos aspectos logísticos do PNSF, cabe o provimento das ações básicas de saúde e atividades de orientação alimentar e nutricional, o envio das informações sobre do Programa para o nível federal e estadual, o monitoramento das famílias por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional, e a avaliação do desempenho em nível municipal.

Em 2006, foi desenvolvido o Módulo de Gerenciamento do Programa, através da internet que posteriormente foi denominado como Sistema do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. O sistema está disponível para utilização no Portal da Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (<http://nutricao.saude.gov.br>) e o acesso somente é possível por meio da internet informando CPF e Senha individual. Para acesso é necessário que o gestor municipal do Programa esteja cadastrado no Portal da Alimentação e Nutrição na página eletrônica do Ministério da Saúde. O sistema possibilita o registro por mês do total de suplementos entregues de acordo com

a faixa etária e tipo de produto: Crianças de seis até dezoito meses - Sulfato Ferroso Frasco; Gestantes e Mulheres até 3º mês pós-parto - Sulfato Ferroso – Comprimido.

O relatório de gestão da CGPAN/MS do ano de 2009 registra que cerca de 50% do orçamento geral da PNAN destina-se ao Programa de Suplementação de Ferro, demonstrando a relevância da suplementação no conjunto de ações e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

I. 2.4. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

A Organização Mundial da Saúde reconhece que a inadequação do estado nutricional de vitamina A é um dos fatores agravantes da mortalidade materna e a intervenção nutricional deve ser considerada como um dos pilares das estratégias de intervenção para a redução da mortalidade não somente materna, mas também infantil (WHO, 1996).

Vários estudos epidemiológicos vêm destacando, nas duas últimas décadas, o papel da vitamina A na redução da mortalidade e da morbidade, principalmente por doenças infecciosas. Observou-se que, em populações com alta prevalência de deficiência, o aumento no consumo de vitamina A em crianças reduz o risco de morte, principalmente quando associado à diarreia (DINIZ, 2001).

De forma geral, as três principais linhas de ação em relação aos programas de nutrição e saúde pública são a suplementação de megadoses de vitamina A, a fortificação de alimentos e o estímulo à produção e ao consumo de alimentos fontes de vitamina A. Em curto prazo, a suplementação periódica da população de risco com doses maciças de vitamina A é uma das estratégias mais efetivas no controle e prevenção da deficiência. (BRASIL, 2007)

Em termos epidemiológicos, a ingestão inadequada de alimentos que são fonte de vitamina A bem como alta prevalência de infecções, falta de saneamento ambiental e de água tratada, condições socioeconômicas desfavoráveis estão na etiologia da DVA em todas as áreas endêmicas do mundo. A informação sobre DVA em Brasil provém de inquéritos nutricionais em diversas regiões e grupos populacionais e os dados disponíveis

confirmam que a DVA é um problema de saúde pública nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco, Paraíba, Ceará, Bahia e Amazonas (RAMALHO; FLORES; SAUNDERS, 2002).

Desde 1983, o Brasil efetua a distribuição de cápsulas de vitamina A com vistas à suplementação de crianças de 6 a 59 meses. Contudo, foi somente em 1994 com a instituição do Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A, que a distribuição desse micronutriente foi intensificada com a adoção da distribuição de vitamina A integrada ao programa nacional de imunização (MARTINS, 2007). Em 2001, passou-se a distribuir cápsulas de vitamina A também para as mulheres no pós-parto imediato, alargando a faixa de proteção do programa (BRASIL, 2009).

A avaliação da distribuição de doses de vitamina A no período de 1995 a 2005 no estado da Bahia observou que a estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde de entrega do suplemento por intermédio de campanhas de imunização mostrou-se eficiente em relação ao número de doses aplicadas. Porém apresentou-se ineficaz para orientar a população sobre a importância da vitamina A, o que motivou a recomendação de que o programa fosse integrado ao serviço de puericultura das unidades básicas de saúde (MARTINS, 2007).

Em 2005, o programa foi atualizado e passou a se chamar Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, instituído pela Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005. O Programa consiste na administração de megadoses na concentração de 100.000UI (Unidades Internacionais) para crianças de 6 a 11 meses de idade e com megadoses na concentração de 200.000 UI para crianças de 12 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato. Atualmente, abrange a região Nordeste, o Estado de Minas Gerais (região norte, Vale do Jequitinhonha e Vale do Mucuri), Vale do Ribeira em São Paulo (apenas município de Nova Odessa) e aldeias indígenas da Região Nordeste e estados do Tocantins, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Entre os objetivos do PNVA encontram-se: a eliminação da deficiência de vitamina A como um problema de saúde pública; a suplementação com doses maciças de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas residentes nas áreas de risco, a contribuição para o conhecimento das famílias sobre a deficiência de vitamina

A, incentivando o aumento do consumo de alimentos ricos em vitamina A; e o estabelecimento de um sistema de monitoramento que permita a avaliação do processo e impacto da suplementação.

De acordo com a Portaria MS n. 729/05, ao nível local cabe entre outros, o provimento das ações básicas de saúde e atividades educativas em alimentação e nutrição, o estímulo para que os responsáveis levem seus filhos aos serviços de saúde para dar seguimento às administrações das megadoses de vitamina A, o monitoramento das famílias por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, o controle do estoque e da distribuição dos suplementos.

Em 2006, foi criado o Módulo de Gerenciamento do PNVITA, com objetivo de monitorar a execução do programa, por meio do registro do número de crianças, número de puérperas, quantitativo de doses aplicadas e informações referentes ao controle de estoque de suplementos nos municípios. O módulo é acessado pela internet diretamente do site do MS, exigindo para tal, o cadastro do gestor municipal. Registra-se que até aquela data, o acompanhamento do programa realizava-se por meio de boletins informativos enviados anualmente pelas secretarias estaduais de saúde.

De acordo com o Manual do Usuário do Módulo de Gerenciamento do PNVITA o Sistema de Suplementação de Vitamina A é um sistema que faz parte do grupo de Sistemas da PNAN e está disponível para utilização no Portal da Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (<http://nutricao.saude.gov.br>). O acesso somente é possível por meio da internet informando CPF e Senha individual. O Sistema disponibiliza funcionalidades para o gerenciamento de informações tais como: o registro das capsulas/doses aplicadas nos indivíduos cadastrados, de acordo com a faixa etária e tipo de produto, crianças de 6 até 11 meses, crianças de 12 até 59 meses e puérperas no pós-parto imediato; o controle das capsulas/doses que foram enviadas aos municípios; registro casos de perdas das capsulas permitindo que o município informe o motivo da não utilização, por perda, extravio, validade e outros. Os relatórios emitidos permitem visualizar as informações sobre a meta do programa o quantitativo total da população, a perda de cápsulas, os quantitativo de doses aplicadas e o cadastro de coordenadores no sistema (BRASIL, 2006).

O acesso ao sistema é estimulado por meio de capacitações realizadas no âmbito dos estados, regionais de saúde e municípios, não havendo obrigatoriedade ou penalidade, caso não haja o registro das informações. De acordo com os relatórios de gestão emitidos pela CGPAN, de forma geral, a cobertura do PNAVITA encontra-se abaixo das metas universais acordadas para o programa (BRASIL, 2007, 2008, 2009).

CAPÍTULO II- A Atenção Básica como Provedora das Ações a PNAN

II. 1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Diferentes abordagens são adotadas para caracterizar a atenção primária à saúde (APS) nos sistemas nacionais de saúde. Ora como programa para pobres, abordagem esta denominada de APS seletiva, ora como nível de atenção e mais recentemente como estratégia de estruturação do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. A Declaração de Alma-Ata, aprovada em 1978, consagrou a atenção primária à saúde (APS) como função central do sistema nacional de saúde, articulando um processo permanente de assistência integral à saúde e também como parte do processo de desenvolvimento social e econômico dos países (GIOVANELLA, 2008). Para Starfield (2004), a atenção primária é considerada o meio pelo qual as duas metas de um sistema nacional de saúde - otimização da saúde e equidade na distribuição de recursos – se equilibram.

Entre os componentes fundamentais da atenção primária, especificados a partir de Alma-Ata, encontram-se a educação em saúde, saneamento ambiental, especialmente de água e de alimentos, programas de saúde materno-infantis; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, a promoção da boa nutrição e a medicina tradicional.

Para Mendes (2009) a concepção da atenção primária como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde é a mais correta e ampla do ponto de vista técnico abarcando todas as demais conceituações utilizadas. Os atributos reconhecidos para a APS como estratégia de organização de qualidade são o primeiro contato, a longitudinalidade ou vínculo de uma dada população à unidade de atenção primária, a integralidade ou a capacidade das unidades de atenção primária de fazer com que o paciente receba todos os tipos de serviços de saúde demandados, a continuidade da atenção, ou o seguimento das condições de saúde, a focalização na família ou o enfoque familiar da saúde/doença e a competência cultural entendida como a capacidade dos

profissionais de saúde em estabelecer relações com famílias de características culturais diversas. (STARFIELD, 2004).

A história da organização de serviços de saúde orientados pela atenção primária é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, uma alternativa diante da permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos (CONILL, 2008). De acordo com Campos (2008) a atenção primária é o caminho para garantir a viabilidade e sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde.

Recentemente, a OMS/OPS por meio do Relatório Mundial da Saúde de 2008, lançou apelo mundial sobre a necessidade de renovação da APS como forma de superação da fragmentação dos sistemas de saúde na direção de uma resposta abrangente e equilibrada às necessidades atuais de saúde, recolocando a APS no centro da agenda política dos países.

No Brasil, a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo Governo Federal, e autores como Mello, Fontanella e Damazo afirmam que os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” podem ser utilizadas como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual.

A atenção básica como estratégia de mudança do modelo assistencial conformou-se no SUS com a junção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, do Programa de Saúde da família, e das unidades básicas convencionais. Passou a ser adotada a busca ativa e o cadastramento da população sob a responsabilidade das equipes de saúde. A ESF tornou-se âmbito do Ministério da Saúde, o eixo de estruturação da atenção básica de saúde (IPEA, 2007).

A criação do Piso de Atenção Básica (PAB) composto por uma parte fixa relacionada ao número de habitantes e uma parte variável relacionada com a efetiva oferta de serviços pelos municípios foi nas palavras de Abrúcio & Franzese “fundamental para a estruturação de um atendimento preventivo de responsabilidade municipal” (ABRUCIO& FRANSEZE, 2005, p/12)

Segundo Rolim (2008) a criação do Departamento de Atenção Básica no Ministério da Saúde significou a institucionalização de uma prioridade política nacional.

A medida refletiu junto aos estados e municípios que passaram a reformular a área da atenção básica das secretarias de saúde de forma a aumentar sua capacidade de articulação e conferir papel estratégico à Atenção Primária à Saúde. Nas palavras de Rolim,

“as coordenações de agentes comunitários e de saúde da família, que apareciam como áreas ou programas, sem significado político-estratégico, modificaram seu status, encontrando-se atualmente no primeiro ou segundo escalões de governo” (ROLIM, 2008, p. 20)

Para o autor, a proposta de institucionalização da Atenção Básica é uma realidade.

A Política Nacional de Atenção Básica aprovada através da Portaria MS N.648, de 28 de março de 2006 aponta a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da atenção básica brasileira, definindo como fundamentos: o acesso universal e contínuo a serviços de saúde; a integralidade em seus vários aspectos; o vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade e a longitudinalidade do cuidado; a valorização dos profissionais de saúde; a avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e a participação popular e o controle social. Como áreas estratégicas da PNAB foram definidas a saúde da criança, a saúde da mulher, o controle do diabetes e da hipertensão, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, a saúde bucal, a eliminação da desnutrição infantil, a promoção da saúde e a saúde do idoso (BRASIL, 2008).

Na busca da melhoria da qualidade da atenção básica, foi adotada, por parte do MS, uma estratégia de monitoramento e avaliação da atenção básica, cujo efeito mais esperado é o desenvolvimento de uma cultura avaliativa que se dissemine nas três instâncias gestoras do SUS e entre os profissionais de saúde. (FELISBERTO et al 2009).

Ainda em 2006, o SUS, em seus três níveis de gestão, aprovou um conjunto de reformas institucionais destinados a promover inovações nos processos de gestão que

passam a ser firmados por termos de adesão, substituindo assim os antigos processos de habilitação dos municípios e estados. Entre estes instrumentos, o Pacto pela Vida busca reforçar o movimento da gestão pública por resultados, definindo compromissos e metas prioritárias a serem implementados pelos entes federados. O fortalecimento da atenção básica passa a ser um dos compromissos prioritários da gestão do SUS (BRASIL, 2006).

A ESF é composta de equipes multiprofissionais responsáveis por, no máximo 4.000 habitantes, das quais participa médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário. A cobertura populacional registrada para o ano de 2009 mostra cerca de 50% da população coberta pela estratégia (Tabela 14).

Campos et. al. (2008) ao analisar a PNAB resumem as características da atenção básica brasileira:

“Quando implantada a ESF no território, que esta seja hegemônica e substitua o modelo tradicional de atenção básica; que as equipes tenha a família e a comunidade como unidades privilegiadas; que haja um planejamento situacional para o enfrentamento dos problemas de saúde de modo pactuado com a comunidade em questão e que seja promotora de cidadania; define responsabilidades de cada esfera de governo”.

Para os autores, em que pese o mecanismo financeiro indutor da implantação da ESF que permite que mais de setenta milhões de brasileiros estejam vinculados a distintos programas da ABS, a capacidade e a resolutividade desses serviços é muito desigual, ensejando maior avaliação crítica sobre as diretrizes da política, as relações interfederativas e o trabalho das equipes de saúde.

Segundo Conill (2008) o impacto da ESF sobre indicadores de saúde ainda é controverso haja vista a limitada capacidade dos serviços de saúde em atuar sobre a determinação social da doença. No entanto, estudo elaborado por Macinko, Guanais e Souza (2006) evidenciou que um aumento de 10% na cobertura de equipes de saúde da família implica na diminuição de 4,6% na taxa de mortalidade infantil. O potencial da ESF de articular-se com outras políticas públicas são destacados pelo autor uma vez que

sua organização de trabalho favorece a atuação territorial, o vínculo, participação da comunidade e acompanhamento.

Entre os requisitos de melhoria do desempenho da atenção básica propostos por Campos et. al. (2008) encontra-se o acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade, a clínica ampliada e compartilhada, a saúde coletiva (entendida aqui como procedimentos de prevenção e promoção da saúde no território) e a participação social na gestão. Seguindo estes requisitos, a atenção básica em saúde coletiva é o espaço onde se previne, promove e recupera a saúde através de ações individuais e coletivas, tomando como objeto as suas necessidades sociais (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Em 2008, com objetivo de apoiar inserção da ESF, o MS criou o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, através da portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008. Os Núcleos buscam ampliar o escopo de ações da estratégia de saúde da família conferindo mais resolubilidade. De acordo com o MS não cabe ao NASF se constituir como porta de entrada do sistema e sim como núcleo de atuação integrada com as equipes de saúde da família e rede de serviços em saúde. Tem como responsabilidade reforçar nove diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2008).

Os NASF podem ser implantados em duas modalidades: NASF 1 com até cinco profissionais de saúde de nível superior e NASF 2 com no mínimo três profissionais de saúde de nível superior e serem vinculados no mínimo à 08 ESF e à 03 ESF respectivamente. Entre as atribuições do NASF, está previsto o desenvolvimento de estratégias de alimentação e nutrição relacionadas à PNAN, a saber: a utilização do SISVAN para conferir racionalidade às decisões, a promoção de práticas alimentares saudáveis, as capacitações das ESF para ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais; e a elaboração das rotinas de atenção nutricional. Considerando os tipos e as diferentes atribuições do NASF, até o mês de dezembro de 2009 haviam sido implantados 952 NASF, sendo 866 do tipo um e 86 do tipo dois (www.saude.gov.br/dab acessado em maio de 2011).

II. 2. A INTERFACE DA PNAN COM A ATENÇÃO BÁSICA

A reorientação da APS brasileira com a adoção da ESF colocou em destaque a intervenção multidisciplinar sobre os agravos de saúde. Segundo Assis (2002), as ações de alimentação e nutrição compõem o trabalho interdisciplinar das equipes de saúde e são estratégias indispensáveis em qualquer programa cuja finalidade é elevar a qualidade de vida da população a partir do princípio da integralidade.

A PNAN considera a atenção básica o nível de atenção responsável pelo desenvolvimento do SISVAN voltado para o monitoramento nutricional da gestante e para o crescimento e desenvolvimento das crianças visando uma intervenção oportuna; pelo cuidado nutricional de crianças, e pelo controle das carências nutricionais endêmicas, como a anemia e a hipovitaminose A, por meio da administração de suplementos específicos (BRASIL, 1999).

O recente alerta das autoridades de saúde mundiais sobre a transição nutricional vivenciada por países em desenvolvimento, transição esta caracterizada pela presença da desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis coexistindo nas mesmas comunidades e, muitas vezes no mesmo domicílio (SCN, 2006) coloca no cenário das políticas públicas de nutrição a necessidade de conformar uma agenda única sobre o tema.

Na visão de Coutinho, Gentil e Toral (2008), a agenda única de nutrição fazendo convergir medidas de apoio, incentivo e proteção* à nutrição adequada pode ser potencializada por meio da atenção primária em saúde. Nesta direção, a ESF como estratégia de reorganização do modelo de atenção, possibilita a construção da agenda da nutrição através da caracterização do perfil epidemiológico da comunidade e dos espaços domiciliares tendo o SISVAN como ferramenta para o diagnóstico nutricional local.

Documento elaborado pelo Conselho Federal de Nutricionistas à época da publicação da portaria de criação do NASF alerta para o fato de que embora algumas ações de alimentação e nutrição (promoção do aleitamento materno, vigilância alimentar e nutricional, programas de suplementação de micronutrientes,

acompanhamento das famílias do PBF) façam parte da agenda programática da atenção básica no âmbito municipal, ora vinculadas a saúde da criança, ou a saúde da mulher, elas acontecem de forma fragmentada e não universal. No entendimento do CFN, a organização do cuidado nutricional na rede de atenção básica e não somente através do NASF poderá influenciar positivamente a implementação da PNAN e gerar resolubilidade para o SUS (CFN, 2008).

Ressalta-se que para o CFN os serviços de atenção básica devem contar com no mínimo uma relação de 01 nutricionista para 50 mil habitantes, proporção esta que pode variar de acordo com o porte do município. Recomenda ainda que nas situações em que haja a implantação da Estratégia de Saúde da Família, a inclusão mínima de profissionais se faça observando o parâmetro de 01 nutricionista para 3 equipes de saúde da família (CFN, Resolução 380/2005). Com o entendimento de que as atribuições dos nutricionistas na rede básica tradicional são variadas e na maior parte das vezes concentram-se na oferta de consulta de atendimento individual, ao aplicar o parâmetro mínimo de 01 nutricionista pra 50 mil habitantes para o ano de 2009, verificou-se que media Brasil situa-se em torno de 0.64, conforme descrito no Anexo 2.

Com objetivo de identificar a realidade das ações de nutrição desenvolvidas na atenção básica e validar uma matriz orientadora dessas ações no marco da Estratégia Saúde da Família foi desenvolvido pela Universidade de Brasília, a pedido do Ministério da Saúde, projeto de pesquisa “Inserção da Nutrição na Atenção Básica de Saúde”. O projeto identificou e sistematizou as principais ações de Nutrição realizadas em 75 municípios estudados. De acordo com o relatório final da pesquisa, o SISVAN e o acompanhamento do estado nutricional das famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família são as ações desenvolvidas com maior frequência (97,3% e 96%, respectivamente), seguida da suplementação de ferro (89,3%) e da promoção da alimentação saudável entre crianças menores de dois anos (70,6%) e somente 1/3 dos municípios pesquisados contam com profissionais nutricionistas como responsáveis pelas ações de nutrição (OPSAN/UNB, 2009).

Em 2009, a publicação, por parte da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN, da Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica teve o propósito de sistematizar o rol de ações que compõem a cuidado

nutricional na atenção básica. À época, a percepção de que a baixa incorporação das ações de nutrição limitava o cumprimento dos princípios de integralidade, universalidade e resolubilidade, motivou a elaboração do documento com o objetivo de contribuir para a qualificação da nutrição no SUS (BRASIL, 2009).

De acordo com a Matriz são propostos dois níveis de intervenção relacionados à gestão e ao cuidado nutricional. No âmbito da gestão estão incluídas as ações de planejamento, organização, direção e controle, cabendo a este último a definição de padrões para medir desempenho, corrigir desvios ou discrepâncias e garantir que o planejamento seja realizado. A intervenção sobre o cuidado nutricional engloba diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento/cuidado/assistência, podendo ser realizados por meio de ações universais aplicadas a qualquer fase do ciclo da vida e ou específicas aplicadas à determinada fase do ciclo.

Complementarmente à definição dos níveis de intervenção, a Matriz aponta a responsabilidade pelas ações. Algumas delas dizem respeito ao conhecimento técnico do nutricionista e ao cuidado nutricional direcionado aos indivíduos, e tem como base as determinações legais para a atuação profissional e os princípios do SUS. Há ainda o grupo de atribuições relacionadas à promoção da saúde e a prevenção de doenças, cuja responsabilidade refere-se ao conjunto de profissionais de saúde, conforme preconiza os inúmeros protocolos e condutas já estabelecidas na rede SUS.

Seguindo a classificação proposta, a adoção do SISVAN para o diagnóstico, avaliação e monitoramento do estado nutricional bem como as ações educativas voltadas a promoção da alimentação saudável são caracterizadas como ação de caráter universal e a realização da suplementação de micronutrientes refere-se ao desenvolvimento de ações específicas de alimentação e nutrição e dizem respeito ao conjunto de profissionais de saúde presente no nível da atenção básica. No que se refere a programas de transferência de renda como é o caso do Programa Bolsa Família, a Matriz classifica a ação como sendo uma ação de caráter universal sobre a família e alerta para a necessidade de encaminhamento das famílias aos serviços de assistência social nos casos de insegurança alimentar.

Chama atenção no documento, no entanto o fato de não haver referência direta à dimensão programática das ações de suplementação de micronutrientes e do acompanhamento das condições de saúde das famílias do Programa Bolsa Família. Não são mencionados os Programas de Suplementação de Ferro nem de Vitamina A e nem a atividade de acompanhamento de condicionalidades como os compromissos do setor saúde com o combate a fome e a pobreza, o que não intencionalmente pode contribuir para a invisibilidade destas ações como integrantes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Embora a Matriz se proponha a preencher a lacuna normativa sobre a organização do processo de trabalho em nutrição na atenção básica, ela só foi publicada em 2009, o que limita o conhecimento e a disseminação da proposta por parte dos profissionais de saúde da rede básica e sua aplicação na gestão local.

Até o ano de 2009 a documentação e as normas produzidas no âmbito federal apontaram prioritariamente para as condutas de orientação nutricional geral e para grupos específicos, para a organização das ações de vigilância alimentar e nutricional e construção de um sistema de informação epidemiológica como é o SISVAN; para a implantação separadamente dos programas de suplementação de micronutrientes, o programa de suplementação de vitamina A e o de suplementação de ferro, e para orientar as ações de registro das condicionalidades de saúde das famílias do Programa Bolsa Família (www.saude.gov.br/nutricao acessado em 13 de janeiro de 2011).

Estes fatores podem explicar em parte, a fragmentação das ações de nutrição e em consequência sua resolubilidade como apontado na pesquisa realizada em 2008 sobre a implementação da PNAN (ROCHET, 2008).

CAPÍTULO III - Referencial Teórico- Metodológico do Monitoramento A Partir da Construção de Índices Sintéticos

III. 1 ABORDAGENS SOBRE O MONITORAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A abordagem metodológica adotada neste estudo parte do entendimento de que a política pública obedece a um ciclo dinâmico e que este é realizado em etapas que idealmente são gradualmente diferenciadas, o que nem sempre ocorre na prática. O estudo enfoca os resultados produzidos a partir da etapa do monitoramento da política e propõe sua análise por meio de um indicador sintético.

Para inúmeros autores, o ato de fazer uma política pública envolve um conjunto de etapas analiticamente diferenciadas interdependentes que podem ser identificadas como: construção da agenda, formulação da política, implementação da política e avaliação da política. Este processo ao ser subdividido em fases se torna um modelo útil na análise da política pública. (FREY, 2000; KINGDOM, 1995; LABRA, 1999,).

Uma política pública pode ser formulada e implementada de diversos modos e existe ainda pouco consenso sobre a conceituação do processo de implementação. Pode ser entendido tanto como um processo de decisões e ações assumidas pela autoridade central como um processo que se inicia com o estabelecimento da política até o seu impacto, confundindo-se com a própria avaliação (PEREZ, 2001). Pode ser vista como os processos concretos, que implicam em caminhos desde o nível central até os níveis locais onde as políticas se concretizam. Isso implica em relações políticas e institucionais complexas entre atores em distintos níveis federativos e organizações que implementam uma política sob diferentes condições locais (PRESSMAN& WILDAVSKY, 1984).

O monitoramento é importante em qualquer política, programa ou projeto. Caracteriza-se como um processo contínuo que deve ser colocado em prática para garantir que as atividades sejam implementadas tal qual planejadas, estabelecendo um relacionamento recíproco entre as fases de planejamento e implementação.

Monitoramento e avaliação são considerados ferramentas importantes para melhorar os resultados de determinada política pública, governo e ou organização. Para

Vaistman (2009) tanto a avaliação como o monitoramento tem como objetivos a produção de informação qualificada sobre programas, políticas, ações e serviços com a finalidade de subsidiar processos decisórios.

Segundo Draibe (2001) os estudos de avaliação podem ser voltados tanto às dimensões de processo como de resultados. Esta última dimensão engloba os aspectos relacionados ao impacto com a identificação de mudanças de situação das pessoas ou dos beneficiários de programas ou aspectos relacionados ao desempenho referindo-se aos produtos e metas de determinada política, programa, ou ação.

Ao analisar as diferentes concepções de avaliação relacionada a sistemas ou serviços de saúde, Silva (2008) destaca que o monitoramento corresponde ao acompanhamento sistemático de alguma das características dos serviços, e em determinadas circunstâncias produz informações para a realização de uma avaliação, mas não corresponde à implementação da mesma (SILVA, 2008).

Scriven (1996) afirma que a avaliação de resultados usualmente produz *muito pouco e muito tarde*. Este pensamento é corroborado por Hartz (1999), ao afirmar que a avaliação de um programa não pode ser obtida somente com relação ao alcance de objetivos, precisando do monitoramento dos projetos correspondentes checados oportunamente.

Na abordagem deste estudo adota-se o conceito de monitoramento como uma função contínua que utiliza a coleta de dados sobre indicadores específicos sobre a extensão e alcance dos objetivos e progresso de uma dada intervenção, tendo uma intenção descritiva e podendo ser feito em diferentes níveis de governo e em diferentes etapas do projeto, programa ou política (KUSEK&RIST, 2004). Entre as características do monitoramento destaca-se a observância de elementos específicos e definidos, isto quer dizer que o monitoramento não trabalha com todos os aspectos do projeto e oferece a possibilidade de que os indicadores quantitativos selecionados sejam interpretados de maneira qualitativa. (UNIVERSIDADE HUMBOLDT DE BERLIN, 2000, p. 26).

Entre os elementos constitutivos do monitoramento encontram-se o fato de ser realizado em período de tempo determinado; envolver a coleta de grande quantidade de dados; ser realizado através de observação constante ou investigação periódica com a

devida documentação dos progressos alcançados; ter padrões e normas de referencia; ter ferramentas e instrumentos para comparar as situações, produzir relatórios sobre a situação encontrada de forma a oferecer bases para ações futuras. A análise do monitoramento mostra o quão bem ou não um determinado projeto vem sendo executado e geralmente é relacionado a uma unidade de responsabilidade ou nível de gestão. (GUZMAN & VERSTAPPEN, 2003).

Vaistman (2009) destaca quatro etapas para o monitoramento, a saber: a coleta regular de dados; o processamento e a transmissão dos dados; a produção de indicadores a partir dos dados; e o acompanhamento e a análise dos indicadores. Ao considerar que o resultado do monitoramento pode aumentar a compreensão sobre o projeto ou programa ou política, autores como Kuzek & Rist (2004) acrescentam ainda como etapa final do monitoramento, a elaboração de um plano de comunicação, para que os resultados possam ser compartilhados com parceiros externos e internos favorecendo que as recomendações possam ser implementadas e no futuro, possam ser incorporadas ao processo decisório

Como medida de eficiência e eficácia de um programa ou projeto, os indicadores escolhidos na etapa de monitoramento devem observar os requisitos de confiabilidade, validade e oportunidade. A confiabilidade refere-se à estabilidade e a consistência, ou seja, o indicador é coletado da mesma forma a cada tempo. A validade refere-se à capacidade de medir de forma sucinta e objetiva, o nível de desempenho atual e pretendido no futuro. Para verificar a oportunidade do indicador considera-se a frequência da coleta, a atualidade, ou quão recente é o dado e a relevância, ou seja, se os dados são suficientes para a tomada de decisão (KUZEK & RIST, 2004).

De acordo com Antico & Januzzi (2000), durante a fase de implementação os indicadores devem “filmar” o processo de execução dos programas formulados e a sua eficiência. Para tal, as fontes de dados utilizadas são preferencialmente os registros administrativos e os registros gerados nos procedimentos dos próprios programas.

Para a etapa do monitoramento pode se utilizar os indicadores de desempenho que são medidas de fatores de produção, processos, produtos, resultados e impactos relacionados com projetos, programas ou estratégias de desenvolvimento. Podem ser usados para estabelecer metas de desempenho e avaliar o progresso registrado na sua

consecução; identificar problemas através de um sistema antecipado de aviso e indicar se há necessidade de uma avaliação ou outro tipo de análise de aprofundamento. Os indicadores de desempenho são considerados eficazes em medir o progresso ou traçar comparações entre períodos de tempo diferentes, no entanto apresentam como desvantagens o fato de muitas vezes serem inadequadamente definidos, ou definidos em demasia. (KUZEK&RISK, 2004).

De acordo com Vaitsman (2009) os indicadores de monitoramento podem ser agrupados em diferentes categoriais, a saber: indicadores de estrutura ou insumo, que informam a quantidade de recursos de diferentes naturezas utilizadas para implementar um programa; indicadores de processo que informam as etapas para desenvolver as atividades necessárias ao alcance dos objetivos e os indicadores de resultado, que informam os objetivos finais do programa.

Na visão da autora, a institucionalização e a adoção de sistemas de monitoramento, entendido como um conjunto de elementos articulados depende da forma como estes elementos se relacionam. Assim, ao abordar processos de monitoramento que considerem a implementação descentralizada das políticas públicas, é necessário tomar em consideração a utilização da informação por diferentes entes federados. Neste âmbito, o desenvolvimento de capacidade gerencial local para utilização da informação como atividade de rotina, a identificação de indicadores que possam refletir as especificidades locais, a articulação e integração da informação entre o nível local e nacional e a adesão dos profissionais as atividades de monitoramento algumas dos requisitos para a institucionalização das atividades de monitoramento. (VAISTMAN, 2009).

Para efeitos deste estudo, a ênfase será dada aos indicadores de processo no nível estadual da política que demonstram a cobertura das ações de vigilância alimentar e nutricional, de acompanhamento de saúde das famílias do Programa Bolsa Família e o controle das deficiências nutricionais medidas pelos sistemas de informação da PNAN.

III.2. A UTILIZAÇÃO DE ÍNDICES SINTÉTICOS COMO PARTE DO PROCESSO DE MONITORAMENTO

Nos últimos anos com o avanço dos processos de descentralização de políticas públicas, tem assumido relevância a produção e a disseminação contínua de informações e estatísticas capazes de gerar indicadores e índices locais, regionais e nacionais que permitam orientar processos de planejamento e avaliação (GUIMARÃES & JANUZZI, 2004)

Um dos recursos mais comumente utilizados para subsidiar processos de monitoramento de políticas públicas tem sido a adoção de indicadores sintéticos – que se propõem a apreender a realidade através de uma única medida, resultante da combinação de múltiplas medições de dimensões analíticas quantificáveis (NETO; JANUZZI; SILVA, 2008)

Um dos exemplos mais disseminados desta tendência é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que se propõe a medir os progressos registrados em média num determinado país, em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: a esperança de vida, o grau de instrução e o nível de vida digno (Nota Técnica do Relatório de Desenvolvimento Humano, PNUD 2007/2008)

Embora à luz da gestão pública pareça ser incontestável o uso de indicadores sintéticos, pelo alto grau de comunicação que eles representam tanto em processos de mobilização social como para processos de definição de recursos, há por parte de estudiosos e pesquisadores um forte debate em torno dos limites e potencialidades destes indicadores (NETO; JANUZZI; SILVA, 2008).

No caso do IDH, as críticas de Ryten, (2000) e Guimarães & Januzzi, (2005) recaem sobre a idéia de resumir em um só índice a questão do desenvolvimento humano, sendo preferível ter um sistema de indicadores; sobre a necessidade de se ter bases mais sólidas para uma questão tão complexa; e por inconsistências metodológicas que limitam o seu uso como critério de elegibilidade de programas sociais. Estes autores reconhecem, no entanto a legitimidade social, política e técnica conquistada pelo uso deste tipo de indicador síntese.

Entre os argumentos favoráveis à utilização de indicadores sintéticos está a capacidade de sumarizar questões complexas ou multidimensionais; fornecer uma grande representação, sendo mais fáceis de interpretar do que tentar encontrar uma tendência em muitos indicadores separados; facilitar a ordenação de países, estados e municípios segundo questões complexas; e atrair a atenção do público e de outros atores sociais que não gestores sobre o desempenho dos países, estados e municípios e comparar progressos no decorrer do tempo (SALTELLI ET AL. 2004).

Segundo Neto et al. (2008) a construção de um indicador sintético envolvem varias etapas sucessivas que envolvem decisões nem sempre únicas ou consensuais. As etapas podem ser assim resumidas:

- (1) dispor de um marco ordenador na temática de interesse que será o eixo estruturador do conjunto de indicadores que comporão o índice.
- (2) selecionar os indicadores primários tendo em vista a disponibilidade dos indicadores e suas propriedades.
- (3) colocar os indicadores selecionados em uma mesma escala através de uma operação matemática
- (4) combinar os indicadores através de técnicas quantitativas
- (5) analisar o índice resultante verificando-se sua proximidade com o marco ordenador.
- (6) apresentar o resultado final.

A seleção dos indicadores deve se pautar pela disponibilidade e relevância para a temática a ser estudada, pela validade em representar o conceito, confiabilidade, grau de cobertura e pela periodicidade da informação.

A transformação dos indicadores em uma mesma escala permite combiná-los e aglutiná-los para gerar a medida síntese. Entre as muitas técnicas de aglutinação, a média aritmética é uma das mais simples e tem como principal argumento para sua utilização justamente sua simplicidade de operação e facilidade de comunicação para não especialistas, além de carregar para o indicador o máximo de informação possível

do sistema de indicador utilizado. Dessa forma, a média aritmética simples, com indicadores de peso igual, é considerada alternativa metodológica adequada (NETO; JANUZZI; SILVA, 2008).

Para os autores, as medidas sínteses contribuem em situações cujo diagnóstico depende de um grande número de indicadores, tabelas, gráficos e mapas, facilitando a visão em diferentes escalas do problema e conseqüentemente a tomada de decisão pelo gestor.

Nesse estudo, os indicadores selecionados encontram-se na mesma escala e referem-se à cobertura de ações de nutrição nas unidades básicas de saúde, englobando as dimensões da vigilância alimentar e nutricional, do acompanhamento de saúde das famílias do Programa Bolsa Família e o controle das deficiências nutricionais medidas pelos sistemas de informação da PNAN.

CAPÍTULO IV - Resultados e Discussão

IV. 1. ELABORAÇÃO DO INDICADOR SINTÉTICO PARA A PNAN NA ATENÇÃO BÁSICA

Foram seguidas etapas apresentada no capítulo III a cerca da elaboração de índices sintéticos: marco ordenador, seleção de indicadores, balizamento dos indicadores, combinação dos indicadores, análise e resultado final.

Tendo como marco ordenador - a inserção das ações da PNAN na rede de atenção básica de saúde do SUS - medidos pelos sistemas de informação disponíveis, foram aplicadas sucessivamente as etapas propostas.

IV. 1. 1. Coleta de dados dos Sistemas de Informação da PNAN

O ponto de partida para a coleta dos indicadores para o monitoramento foram os sistemas de informação das ações da PNAN. Os sistemas de informação são acessados por meio da internet informando CPF e Senha individual são acessados. A partir da disponibilidade dos indicadores coletados foi feita a seleção daqueles que seriam adotados para a construção do indicador sintético de inserção da PNAN na rede de atenção básica de saúde. Foram consultados os seguintes sistemas:

- I. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) que disponibiliza as funções de registro, análise e consolidação dos dados antropométricos de peso e altura e de consumo alimentar de indivíduos atendidos na rede básica coletados pelos profissionais de saúde, permitindo desagregação por estabelecimento de saúde, micro área, município, unidade federada e região.
- II. O módulo do Sistema de Informações da Bolsa Família na Saúde é desenvolvido pelo DATASUS que permite consultar as Informações gerais sobre os Municípios, o quantitativo de famílias, crianças e mulheres em idade fértil referente ao acompanhamento, o percentual de cobertura das famílias, crianças menores de sete anos e mulheres acompanhadas na rede básica de saúde, desagregando por

estabelecimento de saúde, município, regional de saúde e estado.

- III. O módulo do Sistema de Suplementação de Ferro que possibilita o registro por mês do total de suplementos entregues de acordo com a faixa etária e tipo de produto: Crianças de seis até dezoito meses - Sulfato Ferroso – Frasco; Gestantes a partir da 20ª semana - *Sulfato Ferroso – Comprimido*; *Mulheres até 3º mês pós-parto - Sulfato Ferroso – Comprimido*. Os relatórios gerenciais permitem desagregação municipal, estadual, regional e nacional.
- IV. O módulo do Sistema de Suplementação de Vitamina A disponibiliza o gerenciamento de informações tais como: o registro das capsulas/doses aplicadas nos indivíduos cadastrados, de acordo com a faixa etária e tipo de produto, crianças de 06 até 11 meses, crianças de 12 até 59 meses e puérperas no pós-parto imediato; e o controle das capsulas/doses enviadas aos municípios. Os relatórios gerenciais permitem desagregação municipal, estadual, regional e nacional.

IV. 1.2.. Seleção de Indicadores

Optou-se por selecionar as coberturas de ações e programas de nutrição que incidem preferencialmente sobre o grupo de crianças, tomando em consideração:

- a trajetória de cobertura das ações de puericultura na rede básica de saúde (estudo realizado sobre o PSF nas regiões nordeste e sul, mostra que mais de 54% das crianças cobertas pelo PSF nas duas regiões realizam a puericultura na UBS da própria área, Fachini et. al., 2006 e dados do SIAB/2009 apontam para 60% de cobertura populacional).

- o histórico de implantação do SISVAN especialmente voltado ao grupo infantil, como abordado anteriormente no capítulo I;

- o desenho do programa de suplementação de ferro que a distribuição de um insumo especial para as crianças beneficiárias do programa, ou seja, o xarope de sulfato ferroso produzido unicamente para o PNSF; (o registro no sistema de informação acerca da distribuição do xarope acontece unicamente pela ação do PNSF, diferentemente do que pode acontecer com as gestantes, entre as quais as altas taxas de coberturas, podem encobrir o registro de distribuição de suplemento também para mulheres em idade fértil)
- a suplementação de megadoses de vitamina A em crianças, uma vez que esta atividade está inserida entre as atribuições da rede de atenção básica, diferentemente da suplementação de puerperais, realizadas preferencialmente nos hospitais e maternidades.

Para o acompanhamento das condicionalidades do PBF, no entanto foi considerado o conjunto de famílias beneficiárias que possuem crianças até sete anos e mulheres em idade fértil, por se tratar do compromisso assumido pelo setor saúde com a gestão federal do PBF.

IV. 2. CÁLCULO DO ÍNDICE DE COBERTURA DA PNAN NA ATENÇÃO BÁSICA

O grau de cobertura da PNAN na rede básica de saúde do SUS foi medido por meio do Índice PNAN – AB, que sintetiza os resultados obtidos dos índices de cobertura de três ações prioritárias da política neste nível de atenção:

- O registro do acompanhamento das famílias com perfil saúde do programa bolsa família.
- A suplementação de sulfato ferroso em crianças de 06 a 18 meses da rede básica.
- A vigilância alimentar e nutricional das crianças menores de cinco anos.

Para os estados da região Nordeste considerou-se de forma adicional a suplementação de vitamina A em crianças entre 06 e 59 meses.

Antes de se medir o índice global da PNAN, foi necessário calcular o índice para cada uma das ações, a saber, índice de cobertura das famílias do Programa Bolsa Família, índice de cobertura do Programa de Suplementação de Ferro e índice de

cobertura da Vigilância Alimentar e Nutricional. O desempenho de cada ação é expresso em termos de valor entre 0 e 1, utilizando a seguinte fórmula:

$$\text{Índice da ação} = \frac{\text{valor efetivo} - \text{valor mínimo}}{\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}}$$

O quadro abaixo ilustra os limites usados para cada indicador utilizado, considerando as metas de cobertura fixadas pelo Ministério da Saúde (MS, 2008)

INDICADOR	Valor máximo	Valor mínimo
Cobertura das famílias PBF	100	0
Cobertura do PNSF	100	0
Cobertura PNVITA (aplicado a região NE)	100	0
Cobertura do SISVAN*	60	0

*O limite usado para o indicador de cobertura do SISVAN implica que a cobertura máxima esperada é de 60% considerando o parâmetro estimado para a cobertura populacional da rede atenção básica de saúde no país.

IV. 2.1. Cobertura da PNAN por Ação e Programa, e por Unidade Federada

A tabela 1 mostra o desempenho das unidades federadas com relação à cobertura das famílias com perfil saúde do Programa Bolsa Família nos anos de 2008 e 2009.

Tabela 1 – Percentual de Cobertura das Famílias PBF com registro de condicionalidades de saúde por Região, UF e Brasil 2008 e 2009

Região/UF	2008			2009		
	Famílias cadastradas	Famílias acompanhadas	% cobertura	Famílias cadastradas	Famílias acompanhadas	% cobertura
Norte	1.004.783	555.213	55.26	1.006.845	630.847	62.66
RO	92.067	43.661	47.42	93.048	48.688	52.33
AC	53.380	24.595	46.07	51.791	27.764	53.61
AM	201.089	121.809	60.57	205.699	138.413	67.29
PA	492.784	273.410	55.48	493.064	313.291	63.54
AP	36.308	8.898	24.51	36.956	14.712	39.81
RR	32.053	21.687	67.66	32.544	24.289	74.63
TO	97.104	61.154	62.98	93.744	63.693	67.94
Nordeste	4.988.629	3.151.469	63.17	4.857.527	3.401.861	70.03
MA	663.751	397.842	59.94	657.186	446.312	67.91
PI	326.037	232.403	71.28	311.130	239.036	76.83
CE	801.760	547.900	68.34	769.837	566.340	73.57
RN	268.127	195.773	73.02	258.916	202.268	78.12
PB	368.571	238.057	64.59	359.866	248.227	68.98
PE	810.700	491.406	60.62	789.534	545.619	69.11
AL	317.237	172.524	54.38	314.148	189.950	60.47
SE	168.473	93.108	55.27	164.769	107.890	65.48
BA	1.263.974	782.458	61.90	1.232.153	856.221	69.49
Sudeste	2.668.865	1.351.554	50.64	2.563.889	1.390.707	54.24
MG	1.003.022	646.632	64.47	931.924	661.628	71.00
ES	176.118	92.148	52.32	161.376	89.447	55.43
RJ	462.202	172.478	37.32	496.625	199.083	40.09
SP	1.027.523	440.297	42.85	973.965	440.550	45.23
Sul	886.151	504.042	56.88	833.597	515.878	61.89
PR	385.907	243.875	63.20	371.137	258.791	69.73
SC	126.046	72.361	57.41	116.073	71.435	61.54
RS	374.198	187.807	50.19	346.387	185.652	53.60
C. Oeste	513.674	264.173	51.43	493.689	282.989	57.32
MT	123.956	60.844	49.08	120.366	67.445	56.05
MS	105.410	62.051	58.87	99.386	56.672	57.02
GO	249.306	130.504	52.35	244.480	149.338	61.08
DF	35.003	10.775	30.78	29.457	9.535	32.37
Brasil	10.062.101	5.826.450	57.90	9.755.547	6.222.281	63.78

Fonte: Relatório Gerencial do Módulo do Programa Bolsa Família, DATASUS/MS

A tabela 2 mostra o desempenho das unidades federadas na cobertura da suplementação de ferro em crianças entre 06 e 18 meses, conforme estabelece o PNSF.

Tabela 2 – Percentual de crianças entre 6 e 18 meses, que receberam o suplemento de sulfato ferroso por Região, UF e Brasil 2008 e 2009

Região/UF	2008			2009		
	Meta	Crianças entre 06 e 18 meses suplementadas	% cobertura	Meta	Crianças entre 06 e 18 meses suplementadas	% cobertura
Norte	312.000	65.592	21.02	312.000	63.140	20.24
RO	33.665	5.930	17.61	33.665	6.978	20.73
AC	17.986	1.796	9.99	17.986	1.573	8.75
AM	69.095	16.970	24.56	69.095	13.011	18.83
PA	125.531	27.771	22.12	125.531	26.913	21.44
AP	15.274	225	1.47	15.274	432	2.83
RR	10.858	986	9.08	10.858	697	6.42
TO	35.591	11.914	30.09	35.591	13.536	34.19
Nordeste	1.001.050	312.559	31.22	1.001.050	337.628	33.73
MA	143.360	61.993	43.24	143.360	71.810	50.09
PI	77.189	21.537	27.90	77.189	24.608	31.88
CE	135.909	48.777	35.89	135.909	47.389	34.87
RN	63.783	21.044	32.99	63.783	15.316	24.01
PB	80.203	22.585	28.16	80.203	25.534	31.84
PE	135.322	46.116	34.08	135.322	37.304	27.57
AL	66.083	19.671	29.77	66.083	26.071	39.45
SE	41.517	9.191	22.14	41.517	10.257	24.71
BA	257.684	61.645	23.92	257.684	79.339	30.70
Sudeste	1.037.267	163.673	15.78	1.037.267	133.337	12.85
MG	332.924	74.277	22.31	332.924	61.345	18.43
ES	49.997	19.067	38.14	49.997	13.418	28.84
RJ	165.211	19.977	12.09	165.211	14.442	8.74
SP	489.135	50.352	10.29	489.135	44.132	9.02
Sul	435.499	71.525	16.42	435.499	51.249	11.77
PR	174.108	31.351	18.01	174.108	21.687	12.46
SC	102.146	11.696	11.45	102.146	6.831	6.69
RS	159.245	28.478	17.88	159.245	22.731	14.27
C. Oeste	228.797	61.782	27.00	228.797	65.061	28.44
MT	61.609	12.443	20.20	61.609	11.478	18.63
MS	42.443	12.476	29.39	42.443	10.537	24.83
GO	96.127	23.514	24.46	96.127	23.858	24.82
DF	28.618	13.349	46.65	28.618	19.188	67.05
Brasil	3.014.613	675.131	22.40	3.014.613	650.415	21.58

Fonte: Relatório Gerencial do Módulo do Sistema de Suplementação de Ferro. CGPAN/DAB/MS.2008 e 2009.

Tabela 3 – Percentual de Crianças menores de cinco anos regularmente acompanhadas pelo SISVAN, por Região, UF e Brasil 2008 e 2009

Região/UF	2008			2009		
	População menor de cinco anos	População menor de cinco anos acompanhada	% cobertura	População menor de cinco anos	População menor de cinco anos acompanhada	% cobertura
Norte	1.586.682	20.799	1.31	1.618.277	35.154	2.17
RO	144.399	570	0.39	147.667	2.855	1.93
AC	82.789	114	0.14	83.413	503	0.60
AM	352.884	1.840	0.52	361.141	2.917	0.81
PA	744.818	12.835	1.72	762.335	20.978	2.75
AP	83.073	15	0.02	82.359	242	0.29
RR	54.681	304	0.56	54.442	285	0.52
TO	124.038	5.121	4.13	126.940	7.374	5.81
Nordeste	5.087.464	176.533	3.46	5.146.881	251.331	4.88
MA	674.126	9.940	1.47	688.126	14.427	2.10
PI	315.417	4.256	1.35	318.742	4.890	1.53
CE	781.398	17.045	2.18	792.619	18.363	2.31
RN	280.507	7.920	2.82	282.516	11.162	3.95
PB	325.017	40.887	12.57	328.767	64.200	19.53
PE	765.628	28.655	3.74	772.738	50.041	6.47
AL	358.831	7.685	2,14	362.258	11.573	3.19
SE	203.518	3.799	1.87	205.420	8.073	3.93
BA	1.383.022	56.346	4.07	1.395.695	68.602	4.91
Sudeste	5.962.613	110.962	1.86	6.136.994	257.535	4,20
MG	1.570.740	27.188	1.73	1.595.302	107.620	6.75
ES	288.903	23.973	8.30	291.220	29.837	10.24
RJ	1.105.720	4.315	0.39	1.161.645	12.914	1.11
SP	2.997.250	55.486	1.85	3.088.827	107.164	3.47
Sul	1.866.464	143.301	7.68	1.940.791	256.580	13.22
PR	754.128	61.543	8.16	782.927	129.199	16.50
SC	417.409	41.224	9.88	432.492	69.279	16.02
RS	694.927	40.624	5.85	725.372	58.102	8.01
C. Oeste	1.184.704	27.956	2.36	1.199.395	54.791	4.57
MT	271.690	7.920	2.91	274.615	8.283	3.02
MS	204.394	8.998	4.40	206.198	15.793	7.66
GO	486.876	10.978	2.25	497.125	26.603	5.35
DF	221.744	60	0.03	221.457	4.112	1.86
Brasil	15.687.927	479.551	3.05	16.042.338	855.391	5.33

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. SISVAN. CGPAN/DAB/MS.

IV. 2.2. Valor do Índice por Ação e por Unidade Federada

Foi aplicada a fórmula do Índice da Ação, considerando-se as coberturas encontradas para as três ações prioritárias, obtendo-se os seguintes resultados por ano, por UF.

Tabela 4 - Índice do Acompanhamento das famílias do PBF- IAPBF,
por UF, por ano.

UF/Região	Índice APBF2008	Índice APBF2009
Norte	0.55	0.63
RO	0.47	0.52
AC	0.46	0.54
AM	0.61	0.67
PA	0.55	0.63
AP	0.24	0.40
RR	0.68	0.75
TO	0.63	0.68
Nordeste	0.63	0.70
MA	0.60	0.68
PI	0.71	0.77
CE	0.68	0.73
RN	0.73	0.78
PB	0.65	0.69
PE	0.61	0.69
AL	0.54	0.60
SE	0.55	0.65
BA	0.62	0.69
Sudeste	0.51	0.54
MG	0.64	0.71
ES	0.52	0.55
RJ	0.37	0.40
SP	0.43	0.45
Sul	0.57	0.62
PR	0.63	0.70
SC	0.57	0.61
RS	0.50	0.54
C. Oeste	0.51	0.57
MT	0.49	0.56
MS	0.59	0.57
GO	0.52	0.61
DF	0.31	0.32
Brasil	0.58	0.64

Tabela 5 – Índice da Suplementação de Ferro – ISF, em crianças de 06 a 18 meses, por UF, por ano.

UF/Região	Índice SF 2008	Índice SF 2009
Norte	0.21	0.20
RO	0.18	0.21
AC	0.10	0.09
AM	0.24	0.18
PA	0.22	0.21
AP	0.01	0.03
RR	0.09	0.06
TO	0.30	0.34
Nordeste	0.31	0.34
MA	0.43	0.50
PI	0.28	0.32
CE	0.36	0.35
RN	0.33	0.24
PB	0.28	0.32
PE	0.34	0.27
AL	0.30	0.39
SE	0.22	0.25
BA	0.24	0.31
Sudeste	0.16	0.13
MG	0.22	0.18
ES	0.38	0.29
RJ	0.12	0.08
SP	0.10	0.09
Sul	0.16	0.12
PR	0.18	0.12
SC	0.11	0.07
RS	0.18	0.14
C. Oeste	0.27	0.28
MT	0.20	0.19
MS	0.29	0.25
GO	0.24	0.25
DF	0.47	0.67
Brasil	0.22	0.22

Tabela 6 – Índice de vigilância alimentar e nutricional - IVAN, por UF, por ano

UF/Região	Índice VAN 2008	Índice VAN 2009
Norte	0.02	0.04
RO	0.01	0.03
AC	0.00	0.01
AM	0.01	0.01
PA	0.03	0.05
AP	0.00	0.00
RR	0.01	0.01
TO	0.07	0.1
Nordeste	0.06	0.08
MA	0.02	0.03
PI	0.02	0.03
CE	0.04	0.04
RN	0.05	0.07
PB	0.21	0.33
PE	0.06	0.11
AL	0.04	0.05
SE	0.03	0.07
BA	0.07	0.08
Sudeste	0.03	0.07
MG	0.03	0.11
ES	0.14	0.17
RJ	0.01	0.02
SP	0.03	0.06
Sul	0.13	0.22
PR	0.14	0.28
SC	0.16	0.27
RS	0.10	0.13
C. Oeste	0.04	0.09
MT	0.05	0.05
MS	0.07	0.13
GO	0.04	0.09
DF	0.00	0.03
Brasil	0.05	0.09

IV. 2.4. Valor do Índice PNAN-AB

Uma vez calculados os índices das ações, o índice de cobertura da PNAN na rede de atenção básica, Índice PNAN-AB corresponderá a media simples dos três índices estudados:

$$IPNAN-AB = 1/3(IAPBF) + 1/3 (ISF) + 1/3 (IVAN)$$

Tabela 7 – Índice PNAN-AB por Unidade Federada, Região e Brasil, 2008.

UF/Região	Índice APBF	Índice SF	Índice VAN	Índice PNAN_AB
Norte	0.18	0.07	0.00	0.25
RO	0.16	0.06	0.00	0.22
AC	0.23	0.03	0.00	0.26
AM	0.20	0.08	0.00	0.28
PA	0.18	0.07	0.01	0.27
AP	0.08	0.00	0.00	0.08
RR	0.23	0.03	0.00	0.26
TO	0.21	0.10	0.02	0.33
Nordeste	0.21	0.10	0.02	0.33
MA	0.20	0.14	0.01	0.35
PI	0.24	0.09	0.01	0.34
CE	0.23	0.12	0.01	0.36
RN	0.24	0.11	0.02	0.37
PB	0.22	0.09	0.07	0.38
PE	0.20	0.11	0.02	0.33
AL	0.18	0.10	0.01	0.29
SE	0.18	0.07	0.01	0.26
BA	0.21	0.08	0.02	0.31
Sudeste	0.17	0.05	0.01	0.23
MG	0.21	0.07	0.01	0.29
ES	0.17	0.13	0.05	0.35
RJ	0.12	0.04	0.00	0.16
SP	0.14	0.03	0.01	0.18
Sul	0.19	0.05	0.04	0.28
PR	0.21	0.06	0.05	0.32
SC	0.19	0.04	0.05	0.28
RS	0.17	0.06	0.03	0.26
C. Oeste	0.17	0.09	0.01	0.27
MT	0.16	0.06	0.02	0.24
MS	0.20	0.10	0.02	0.32
GO	0.17	0.08	0.01	0.26
DF	0.10	0.16	0.00	0.26
Brasil	0.19	0.07	0.02	0.28

Tabela 8– Índice PNAN-AB por Unidade Federada, Região e Brasil, 2009.

UF/Região	Índice APBF	Índice SF	Índice VAN	Índice PNAN AB
Norte	0.21	0.06	0.01	0.28
RO	0.17	0.07	0.01	0.25
AC	0.18	0.03	0.00	0.21
AM	0.22	0.06	0.00	0.28
PA	0.21	0.07	0.02	0.30
AP	0.13	0.01	0.00	0.14
RR	0.25	0.02	0.00	0.27
TO	0.23	0.11	0.03	0.37
Nordeste	0.23	0.11	0.03	0.37
MA	0.23	0.17	0.01	0.41
PI	0.26	0.11	0.01	0.38
CE	0.24	0.12	0.01	0.37
RN	0.26	0.08	0.02	0.36
PB	0.23	0.11	0.11	0.45
PE	0.23	0.09	0.04	0.36
AL	0.20	0.13	0.02	0.35
SE	0.22	0.08	0.02	0.32
BA	0.23	0.10	0.03	0.36
Sudeste	0.18	0.04	0.02	0.24
MG	0.24	0.06	0.04	0.34
ES	0.18	0.10	0.06	0.34
RJ	0.13	0.03	0.01	0.17
SP	0.15	0.03	0.02	0.20
Sul	0.21	0.04	0.07	0.32
PR	0.23	0.04	0.09	0.36
SC	0.20	0.02	0.09	0.31
RS	0.18	0.05	0.04	0.27
C. Oeste	0.19	0.09	0.03	0.28
MT	0.19	0.06	0.02	0.27
MS	0.19	0.08	0.04	0.31
GO	0.20	0.08	0.03	0.31
DF	0.11	0.22	0.01	0.34
Brasil	0.21	0.07	0.03	0.31

Para os estados da região Nordeste, onde há implantação do Programa de Suplementação de Vitamina A foi realizada nova proposta para o índice PNAN-AB, contemplando a cobertura desta ação. Assim como no caso da suplementação de ferro, a opção foi incluir o percentual de cobertura de crianças.

Tabela 9 – Percentual de crianças entre 6 e 69 meses, que receberam o suplemento de vitamina A por UF e Região Nordeste , 2008 e 2009

Região/UF	2008			2009		
	Meta	Crianças entre 06 e 69 meses suplementadas	% cobertura	Meta	Crianças entre 06 e 69 meses suplementadas	% cobertura
Nordeste	5.027.899	2.508.531	49.82	5.027.899	2.613.546	51.98
MA	690.804	269.531	39.02	690.804	319.848	46.30
PI	298.081	159.727	53.59	298.081	167.056	56.04
CE	809.508	492.657	60.86	809.508	494.778	61.12
RN	279.400	93.697	33.54	279.400	108.833	38.95
PB	331.103	201.325	60.80	331.103	218.686	66.05
PE	788.555	552.279	70.04	788.555	536.004	67.97
AL	332.351	164.490	49.49	332.351	154.545	46.50
SE	199.879	120.904	60.49	199.879	107.591	53.83
BA	1.298.218	453.921	34.96	1.298.18	506.205	38.99

Fonte: Relatório Gerencial do Modulo do Sistema de Suplementação de Vitamina A. CGPAN/DAB/MS.

Tabela 10 - Índice de Suplementação de Vitamina A – por Unidade Federada da região Nordeste, por ano 2008 e 2009.

UF/Região	Índice SVITA 2008	Índice SVITA 2009
Nordeste	0.50	0.52
MA	0.39	0.46
PI	0.54	0.56
CE	0.61	0.61
RN	0.33	0.39
PB	0.61	0.66
PE	0.70	0.68
AL	0.49	0.46
SE	0.60	0.54
BA	0.35	0.39

Com a finalidade de incluir o IVITA no calculo do Índice PNAN-AB, optou-se por utilizar a média de cobertura dos programas de suplementação na região, para calculo final do índice. Desta forma, o índice de programas de suplementação foi modificado para os valores demonstrados na tabela abaixo.

Tabela 11 – Índice combinado SF/VITA por UF, Nordeste, nos anos de 2008 e 2009.

UF/Região	ÍndiceSVITA/SF 2008	Índice SVITA/SF2009
Nordeste	0.40	0.43
MA	0.41	0.48
PI	0.41	0.44
CE	0.48	0.48
RN	0.33	0.31
PB	0.44	0.49
PE	0.52	0.47
AL	0.39	0.42
SE	0.41	0.39
BA	0.29	0.35

Para a Região Nordeste o índice passou a ser calculado com a seguinte fórmula:
 $IPNAN-AB = 1/3(IAPBF) + 1/3 (ISF/VITA) + 1/3 (IVAN)$.

Com a substituição do Índice SF para o Índice SF/VITA na região Nordeste, os valores para o Nordeste ficam modificados como demonstrado a seguir.

Tabela 12 - Índice PNAN-AB Nordeste 2008

UF/Região	Índice APBF	Índice SF /VITA	Índice VAN	Índice PNAN AB
Nordeste	0.21	0.13	0.02	0.36
MA	0.20	0.14	0.01	0.35
PI	0.24	0.14	0.01	0.39
CE	0.23	0.16	0.01	0.40
RN	0.24	0.11	0.02	0.37
PB	0.22	0.15	0.07	0.44
PE	0.20	0.17	0.02	0.39
AL	0.18	0.13	0.01	0.32
SE	0.18	0.14	0.01	0.33
BA	0.21	0.10	0.02	0.33

Tabela 13 - Índice PNAN-AB Nordeste 2009

UF/Região	Índice APBF	Índice SF /VITA	Índice VAN	Índice PNAN AB
Nordeste	0.23	0.14	0.03	0.40
MA	0.23	0.16	0.01	0.40
PI	0.26	0.15	0.01	0.42
CE	0.24	0.16	0.01	0.41
RN	0.26	0.10	0.02	0.38
PB	0.23	0.16	0.11	0.50
PE	0.23	0.16	0.04	0.43
AL	0.20	0.14	0.02	0.36
SE	0.22	0.13	0.02	0.37
BA	0.23	0.12	0.03	0.38

Entre os estados do Nordeste, há uma mudança de posição no índice de cobertura da PNAN-AB a partir da inclusão das coberturas da suplementação de Vitamina A. Para o ano de 2008, a classificação dos estados é a seguinte: Paraíba, Ceará, Pernambuco e Piauí, Rio Grande do Norte, Maranhão, Sergipe e Bahia, e Alagoas. Para o ano de 2009, o estado da Paraíba segue sendo o primeiro colocado com Índice PNAN-AB igual a 0.5, o que o distancia cerca de sete pontos do segundo colocado Pernambuco. Em seguida, os estados de Piauí, Ceará, Maranhão, Rio Grande do Norte e Bahia, Sergipe, e Alagoas.

IV. 2. 5. Cobertura da Estratégia de Família e Número de Nutricionistas na Atenção Básica

Considerando a prioridade conferida pelo Ministério da Saúde à Estratégia da Saúde Família como modelo de organização da atenção básica de saúde, foram levantadas as informações nacionais, regionais e estaduais de cobertura da ESF e do número de agentes comunitários de saúde, para os anos de 2008 e 2009. Tais coberturas são registradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e utilizam como parâmetro, a estimativa de cobertura fixada pelo Ministério de Saúde, ou seja, 1 equipe de Saúde da Família por 3.450 pessoas e 1 Agente Comunitário de Saúde por 575 pessoas.

Tabela 14 - Percentual de Cobertura de ACS e ESF por UF, Região e Brasil por ano 2008 e 2009.

UF/REGIÃO	2008		2009	
	ACS (1)	ESF (2)	ACS (1)	ESF (2)
Norte	82.7	47.8	82.9	50.5
RO	85.0	50.3	88.8	52.3
AC	90.2	63.3	89.7	62.6
AM	73.5	49.6	71.1	50.0
PA	82.1	36.4	83.4	39.7
AP	93.6	67.0	90.2	72.6
RR	75.8	71.3	70.9	74.7
TO	99.0	81.0	100.0	87.7
Nordeste	83.4	69.6	83.9	70.7
MA	92.3	78.7	90.2	78.8
PI	99.2	96.5	99.8	97.3
CE	70.2	65.9	71.9	67.3
RN	80.8	79.3	80.0	77.7
PB	97.5	94.3	98.2	95.0
PE	85.2	66.8	85.0	67.9
AL	76.6	70.2	76.8	71.4
SE	91.8	82.3	93.4	85.5
BA	79.9	53.4	81.3	55.1
Sudeste	42.0	36.8	42.3	38.8
MG	66.7	62.6	68.7	65.8
ES	70.3	49.7	69.3	49.8
RJ	34.6	30.4	35.6	31.1
SP	30.5	25.7	31.8	26.4
Sul	54.6	48.2	54.7	49.4
PR	57.5	57.2	57.8	52.4
SC	78.4	67.4	78.8	69.0
RS	38.5	34.4	38.2	35.4
C. Oeste	61.2	47.6	62.2	49.8
MT	75.4	58.0	75.7	61.5
MS	89.1	56.7	93.5	58.1
GO	64.0	57.3	62.9	56.9
DF	12.7	5.3	16.5	12.4
Brasil	60.1	49.3	60.9	50.7

(1) Estimativa com base de cálculo em 575 pessoas por ACS, limitada a população total. (2) Estimativa com base de cálculo em 3.450 pessoas por ESF, limitada a população total. Fonte: SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Para efeitos de investigação, foi levantada também a relação entre o número de nutricionistas por habitantes, tendo como referência o total de nutricionistas cadastrados no SCNES nos anos estudados e o parâmetro mínimo de 01 nutricionista para 50 mil habitantes, proposto pelo Conselho Federal de Nutricionistas - CFN, em sua Resolução 380/2005. A tabela 15 ilustra a relação encontrada nacionalmente.

Tabela 15 – Relação de Nutricionistas por 50 mil habitantes ⁽¹⁾, por UF, Região e Brasil por ano de 2008 e 2009.

UF/REGIÃO	2008	
Norte	0.41	0.49
RO	0.10	0.13
AC	-	0.72
AM	0.12	0.25
PA	0.54	0.52
AP	1.39	2.23
RR	0.97	0.95
TO	0.31	0.31
Nordeste	0.46	0.57
MA	0.10	0.14
PI	0.38	0.68
CE	0.24	0.32
RN	1.34	1.42
PB	0.76	1.07
PE	0.20	0.25
AL	0.80	0.93
SE	0.08	0.17
BA	0.62	0.72
Sudeste	0.44	0.59
MG	0.63	0.93
ES	0.65	0.75
RJ	0.47	0.54
SP	0.31	0.43
Sul	0.79	1.01
PR	0.40	0.70
SC	0.55	0.72
RS	1.31	1.48
C. Oeste	0.44	0.59
MT	0.37	0.48
MS	0.98	1.06
GO	0.27	0.46
DF	0.41	0.59
Brasil	0.49	0.64

⁽¹⁾ Parâmetro mínimo proposto pelo CFN (RES.380/2005).

Fonte: SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (projeções populacionais 2008 e 2009).

IV. 3. TESTES ESTATÍSTICOS

- Teste do Sinal

Para detectar se os índices PNAN AB e PNAN AB-NE diferem entre os anos de 2008 e 2009 foi empregado o teste não paramétrico do sinal em que as medianas dos dois anos foram comparadas. Para efeito de análise empregou-se um nível de significância de 5 %. Do resultado do teste do sinal temos que o índice PNAN AB mediano no ano de 2008 é estatisticamente menor que índice PNAN AB mediano 2009 ($p = 0,0005$). Entre os estados do NE também foi observado que o Índice PNAN AB mediano no ano de 2008 é estatisticamente menor que índice PNAN AB mediano 2009 ($p = 0,0039$) (LEHMANN,1998).

Variável	Média	Mediana
Índice PNAN AB 2008	0,28	0,28
Índice PNAN AB 2009	0,31	0,32
Índice PNAN AB-NE 2008	0,37	0,37
Índice PNAN AB-NE 2009	0,41	0,42

Variável	Teste	Estatística	P- valor
PNAN AB	Sinal	9	0.0005
PNAN AB-NE	Sinal	4.5	0.0039

- Coeficiente de Correlação de Pearson

Para avaliar a correlação do Índice PNAN-AB com as variáveis de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, cobertura de Agentes Comunitários de Saúde e relação de Nutricionistas por Habitante, foi aplicado o coeficiente de correlação linear de Pearson.

Correlação	Interpretação
± 1	Perfeita Positivo-Negativa

$\pm 0,90$ a $\pm 0,99$	Muito Alta Positivo-Negativa
$\pm 0,70$ a $\pm 0,90$	Muito Alta Positivo-Negativa
$\pm 0,50$ a $\pm 0,70$	Moderada Positiva/Negativa
$\pm 0,30$ a $\pm 0,50$	Baixa Positivo-Negativa
$\pm 0,10$ a $\pm 0,30$	Muito Baixa Positivo-Negativa
$\pm 0,00$ a $\pm 0,10$	Desprezível Positivo-Negativa
0	Nula

- CORRELAÇÃO ENTRE ÍNDICE PNAN - AB e ESF, ACS e NUT/HAB.

		ESF	ACS	NUT/HAB
PNAN-AB 2008	Coef.	0.32503	0.28059	-0.12955
	p>	0.0981	0.1563	0.5282
PNAN-AB 2009	Coef.	0.30686	0.21102	-0.24325
	p>	0.1195	0.2907	0.2215

- CORRELAÇÃO ENTRE IAPF, ISF, IVITA e IVAN e ESF, ACS e NUT/HAB.

IAPBF	Coef.	0.64647	0.63729	- 0.16025
	p>	0.0003	0.00004	0.4246
ISF	Coef.	-0.20794	-0.27237	-0.32532
	p>	0.2980	0.1693	0.0978
IVITA	Coef	0.01328	-0.35701	-0.26446
	p>	0.9709	0.3112	0.4603
IVAN	Coef.	0.20774	0.09781	- 0.12884
	p>	0.2984	0.6274	0.5219

IV. 4. LIMITES PARA A UTILIZAÇÃO DO ÍNDICE PNAN - AB

Ao assumir o registro nos sistemas de informação da PNAN como próxis das coberturas das ações de Nutrição na rede básica algumas limitações podem ser apontadas:

- a não incorporação de ações de educação e de orientação nutricional realizadas na rede básica;
- a subestimação das coberturas registradas, haja vista o processo de trabalho exigido para coleta e registro dos dados nos sistemas de informação;
- a utilização de outros sistemas de informação que não os nacionais para registro das coberturas das ações estudadas;
- a falta de infra-estrutura de equipamentos para realizar as ações e manter os registros atualizados (71% das UBS do Nordeste não dispõem de computador conforme estudo de Facchini et al, 2006)
- o baixo uso do sistema de informação nas diferentes esferas da gestão para retroalimentar as ações, propor alterações e influenciar o planejamento das UBS, da gestão municipal, estadual
- o insuficiente conhecimento das normas de organização das ações e dos programas que conformam a PNAN pelos profissionais da rede básica de saúde, fazendo com que os procedimentos não sejam adequadamente implantados na rotina;
- a inexistência ou a baixa disseminação de protocolos que organizem o processo de trabalho em nutrição com a integração das ações realizadas nas unidades básicas de saúde;
- a baixa oferta de capacitação das ações e programas da PNAN diretamente voltada aos profissionais da rede básica de saúde.

IV. 5. DISCUSSÃO

A adoção de índice PNAN-AB amplia a possibilidade de se estabelecer uma linha de base para o monitoramento dos resultados da política com uma análise do conjunto de suas ações prioritárias. Outras variáveis poderão ser agregadas ao índice no futuro, na medida em que puderem ser capturadas pelos sistemas de informação disponíveis. Devido a limitações de coleta nos sistemas de informação analisados, não foi possível contabilizar nos anos estudados, ações referentes ao aleitamento materno, a orientação alimentar oportuna e adequada em crianças e o acompanhamento nutricional em adultos.

Ao examinar separadamente as coberturas de cada uma das ações, chega-se a resultados diferenciados com relação aos estados em melhor e pior situação, o que pode significar que a orientação das ações é afetada por fatores externos à própria política setorial.

Assim, os números elevados, por exemplo, da cobertura do acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, programa de grande envergadura política por ser o carro chefe do governo na área social, podem estar relacionados aos esforços intersetoriais do governo federal com relação à implantação do programa em todo o país. Para isso, concorre a gestão eficiente do PBF nos municípios, geralmente a cargo do setor da assistência social com a articulação dos demais setores envolvidos com o desenvolvimento do programa, o grau de prioridade conferido pela administração municipal à obtenção de resultados favoráveis de cobertura das famílias e das metas de redução da pobreza.

Neste sentido, ao analisar somente a cobertura do registro do acompanhamento do das famílias do Programa Bolsa Família, observa-se que é o Estado do Rio Grande do Norte que lidera a cobertura da ação específica, situação que se modifica ao incluir as demais ações da PNAN, cujas responsabilidades são internas ao setor saúde.

No caso da suplementação de ferro, observamos que fatores locais e temporais podem influenciar a cobertura alcançada. É o caso da realização da distribuição de suplementos junto a campanhas de vacinação, ou durante eventos de saúde da criança, campanhas de aleitamento materno, chamadas nutricionais e outros que poderão afetar

circunstancialmente estas coberturas, sem que necessariamente esteja associado à rotina das unidades de saúde.

A situação descrita acima pode afetar igualmente a cobertura do SISVAN. Como o sistema permite a inclusão do acompanhamento nutricional feito sobre grupos especiais como pré-escolares de determinada localidade, crianças beneficiárias de programas sociais locais, ou ainda a inclusão de registros realizados durante campanhas de vacinação e chamadas nutricionais, os números obtidos nem sempre refletem o acompanhamento nutricional de rotina feito em unidades de saúde. No entanto, a utilização do sistema requer treinamento específico o que pode indicar em monitoramentos futuros uma inserção mais perene e sustentável da vigilância nutricional e alimentar ao longo dos anos.

Pela relevância que o SISVAN possui entre os profissionais envolvidos com as ações de nutrição, destaque deve ser feito sobre sua evolução nos anos de 2008 e 2009. Embora em patamares baixos, a cobertura da ação registrada passou de 0.5 para 0.9, quase dobrando de um ano para outro.

Alguns fatores podem explicar esta rápida evolução. Entre eles a rápida disseminação do novo sistema entre os profissionais da rede e a facilidade de acesso e uso da informação quando comparado ao sistema operacional anterior. Aqui parece ser encontrado potencial de alavancagem da vigilância alimentar e nutricional que merece ser investigado nos anos vindouros.

O Estado de Minas Gerais registra o maior crescimento do I-VAN, cerca de 260% de 2008 para 2009. Igualmente importante é o crescimento registrado nos estados de Goiás, Paraná, Mato Grosso do Sul, 125%, 100 % e 85%, respectivamente. Tais incrementos merecem investigação específica na busca das condições favoráveis ao desempenho alcançado.

Sobre o SISVAN, deve ser considerado ainda o fato de que no ano de 2003, o Estado de São Paulo registrou o acompanhamento nutricional de um total de 1.060.400 crianças (VENÂNCIO et. al., 2007) número muito acima dos atuais 55 mil registros informados no SISVAN. Este fato pode sinalizar para a utilização de sistemas de

informação nutricional, próprios e/ou a manutenção do uso local do antigo sistema operacional do SISVAN

Ao comparar os anos de 2008 e 2009 registra-se o aumento do índice de inserção da PNAN-AB, de 0.28 para 0.31, representando um incremento de 10% ao ano.

Tomando como exemplo, o ano de 2009, observa-se que o grau de cobertura da varia entre o mínimo de 0,14 e máximo de 0.45 com a média Brasil situando-se no patamar de 0.31. Tal variação indica a existência de fatores locais envolvidos na operacionalização da PNAN e corroboram estudos qualitativos anteriores acerca da avaliação da política..

Durante os dois anos estudados o Estado da Paraíba revela-se como o mais avançado com relação à cobertura das ações da política e o Estado do Amapá é a unidade federada onde estas ações apresentam menor cobertura.

Quadro 4 - Classificação das Unidades Federadas, conforme Índice PNAN-AB, 2008 e 2009.

<i>INDICE PNAN-AB (2008)</i>		<i>INDICE PNAN-AB (2009)</i>	
<i>POSICAO</i>	<i>UF</i>	<i>POSICAO</i>	<i>UF</i>
1º.	PB	1º.	PB
2º.	RN	2º.	MA
3º.	CE	3º.	PI
4º.	MA; ES	4º.	CE; TO
5º.	PI	5º.	RN; PE; PR; BA
6º.	PE; TO	6º.	AL
7º.	PR; MS	7º.	DF; ES; MG
8º.	BA	8º.	SE
9º.	MG; AL	9º.	SC; MS; GO
10º.	AM; SC	10º.	PA
11º.	PA	11º.	AM
12º.	AC; DF; GO;RR; RS; SE	12º.	RS; MT;RR
13	MT	13	RO
14	RO	14	AC
15	SP	15	SP
16	RJ	16	RJ
17	AP	17	AP

Situação ainda mais favorável ao Estado da Paraíba é encontrada ao incluir no cálculo do índice, as coberturas de suplementação de Vitamina A. O grau de cobertura da PNAN-AB alcança o patamar de 0.5 e coloca o estado quase três pontos acima da média Brasil. Um estudo de caso sobre a implementação da PNAN no estado da Paraíba poderia apontar os fatores condicionantes a performance encontrada.

A característica das ações da PNAN na atenção básica, principalmente aquela associada aos programas de transferência de renda, cujo público composto de mulheres e crianças até 07 anos, encontra-se entre as famílias em situação de pobreza, pode explicar cobertura das ações de nutrição concentrada na Região Nordeste.

Esta região é ainda a de maior cobertura da Estratégia Saúde da Família (Tabela14). Nos dois anos estudados, a região desponta como sendo a de maior cobertura populacional da Estratégia, 83,4% e 83.9%. E entre os estados do Nordeste, PI e PB aparecem seguidamente com maior cobertura da população pelas equipes de saúde da família: PI -96.5% e 97.5% e PB – 94.3% e 95%, respectivamente aos anos de 2008 e 2009.

Ao comparar o crescimento da cobertura de 2008 para 2009, observa-se que a variação obtida para as regiões Sudeste e Centro-Oeste modificou-se em apenas um ponto entre os anos estudados, subindo de 0.23 para 0.24 e de 0.27 para 0.28 respectivamente. Estas são as regiões que registraram menores coberturas da ESF no ano de 2008. Em 2009, a situação foi levemente modificada, embora o Sudeste permaneça com a menor cobertura seguida do Sul e Centro-Oeste.

O Estado do Amapá registra a menor cobertura das ações de nutrição embora a cobertura de ESF seja de 67% em 2008 e 72.6% em 2009. Ao analisar cada uma das ações de nutrição estudadas, o desempenho também é aquém da média da região. É importante registrar ainda as baixas coberturas de ESF no DF, aonde o percentual é de 12,4% em 2009. Estados como São Paulo e Rio de Janeiro registram coberturas de 26 e 31% respectivamente.

Ao aplicar a análise de correlação (Índice de correlação de Pearson) entre as variáveis estudadas observamos que existe correlação positiva de intensidade moderada igual a 0, 64647 ($p=0.0003$) entre o índice APBF e a cobertura ESF. Também para o

Índice PNVITA e a cobertura da ESF foi encontrada correlação igual a 0,01328 ($p = 0,9709$), ou seja existe uma correlação positiva, de intensidade muito baixa entre essas duas variáveis. No entanto, entre o ISF e as coberturas de ESF e ACS, a correlação é negativa, igual a -0.20794 ($p=0.20794$) e -0.27237 ($p= 0.1693$), respectivamente.

Sobre o Índice VAN/2008 isoladamente, a correlação com a ESF foi positiva de intensidade baixa, igual a 0,20774 ($p = 0,2984$). E com a cobertura de ACS, a correlação também é positiva, mas de intensidade desprezível, igual 0,09781 ($p = 0,6274$).

Para os anos de 2008 e 2009, houve correlação positiva entre Índice PNAN - AB e o Percentual de Cobertura da ESF e Índice PNAN – AB e o Percentual de Cobertura de ACS Com valores para a cobertura de ESF de 0,32 ($p = 0,0981$) e 0,31 ($p = 0,1195$), e para a cobertura de ACS de 0,28 ($p = 0,1563$) e a 0,21 ($p = 0,2907$).

Outro aspecto investigado refere-se à relação entre as ações da PNAN e a proporção de nutricionistas por habitantes. O parâmetro mínimo recomendado pelo Conselho Federal de Nutricionistas, em sua Resolução 380/2005, é de 01 nutricionista para 50 mil habitantes.

Ao aplicar-se o teste de correlação entre os resultados do Índice PNAN-AB e a Relação de Nutricionistas por Habitante foi encontrada correlação negativa. Os valores para os anos estudados foram respectivamente -0,13 ($p = 0,5282$) e -0,24 ($p = 0,2215$)

Na expectativa de detalhar melhor os resultados obtidos, observa-se que Estados como AP, RS, RN, PB e MS apresentam a relação superior à estabelecida pelo CFN. Na Região Nordeste, os estados do RN e PB apresentam a relação mais favorável, com 1.42 e 1.07 respectivamente. O Amapá por sua vez registra a mais elevada proporção de profissionais na rede: 2,23 nutricionistas para 50 mil habitantes. Este resultado juntamente com as coberturas encontradas, acima de 70% para ESF e acima de 90% para ACS, deve ser investigado na busca dos fatores que tornam o Estado detentor do menor Índice PNAN-AB.

No nível nacional, a relação entre o número de nutricionistas da atenção básica por habitante encontra abaixo do patamar mínimo recomendado pelo CFN registrando, em 2009, a relação de 0,64 por 50 mil habitantes. Além de mostrar a insuficiência da

relação de profissionais nutricionistas na rede básica o que restringe a capacidade de ofertar o cuidado nutricional esperado neste nível de atenção, tal resultado suscita a discussão sobre o papel deste profissional no SUS.

As diferentes atribuições do nutricionista na rede de atenção básica, conforme abordado no Capítulo II, podem trazer limitações a análise do resultado, quando aplicado ao desempenho global da PNAN.

Entre os fatores explicativos, pode-se suspeitar da falta de alinhamento do processo de trabalho em nutrição na atenção básica com as diretrizes e metas da PNAN. Ou ainda levantar questionamentos sobre a adequada orientação dos programas da PNAN e sua capacidade de responder as atuais demandas de nutrição da população. A aproximação entre estas duas dimensões do SUS que se materializa entre outros, através do desenvolvimento ferramentas que promovam a integralidade em saúde como objeto do trabalho das equipes de saúde e de mecanismos que favoreçam a participação social no planejamento em nutrição, parece ainda estar inconclusa o que certamente influencia os números de cobertura alcançados até agora.

Finalmente, os resultados aqui apresentados por meio de um índice de cálculo simples oportunizam outras dimensões de análises de cunho qualitativo e ou quantitativo que envolva um maior número de variáveis combinadas e busca ainda aportar elementos que suscitem o debate em torno da utilização dos sistemas de informação como ferramentas de planejamento, monitoramento e gestão e contribuir com o aprimoramento da gestão nacional e estadual da PNAN.

V. CONCLUSÃO

A PNAN foi aprovada em 1999 tendo como diretrizes o desenvolvimento de ações intersetoriais para o acesso dos alimentos, a promoção da qualidade sanitária dos alimentos e serviços, o monitoramento alimentar e nutricional, a promoção da alimentação saudável, o controle das deficiências nutricionais, o desenvolvimento da capacitação de recursos humanos, e de linhas de pesquisas na área da nutrição. Como integrante da política de saúde deve obedecer aos princípios de universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização e sua implantação em estados e municípios estar em consonância com os mesmos. Guarda estreita relação com a política de atenção básica uma vez que várias de suas ações e programas são operados e capilarizados pela rede básica de saúde.

As diretrizes de monitoramento alimentar e nutricional e controle das deficiências nutricionais respondem por duas ações e dois programas de nutrição implantados diretamente na rede básica de saúde, cujos resultados podem ser medidos através de sistemas de informação específicos e desenvolvidos com a finalidade de monitorar cada uma das ações e programas. A vigilância alimentar e nutricional consiste no acompanhamento do estado nutricional e do consumo alimentar da população cujo registro das informações é realizado no SISVAN. O acompanhamento das famílias do programa Bolsa Família é medido através do Módulo de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. A suplementação de sulfato ferroso em crianças e gestantes é feita mediante registro do procedimento realizado nas unidades em um Sistema do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. A suplementação de vitamina A é realizada através do registro do número de procedimentos realizados nas unidades de saúde.

No desenvolvimento deste estudo foram consolidadas as informações produzidas nos sistemas de informação existentes, buscando conhecer o que foi produzido durante aos anos de 2008 e 2009 e estabelecer, a título de exercício, o grau de inserção da política junto à atenção básica de saúde através do desenvolvimento de um indicador sintético, que expressa os dados contidos nesses sistemas.

A opção pelo uso de um indicador sintético foi apoiada nas considerações apresentadas por Saltelli et. al. (2004) entre as quais, a capacidade de sumarizar

questões multidimensionais; a facilidade de interpretar e de ordenar países, estados e municípios segundo questões complexas; e atrair a atenção do público.

Na perspectiva de estabelecer as bases para a criação de um sistema de monitoramento integrado da PNAN, o cálculo do índice denominado de Índice PNAN-AB levou em conta os resultados de cobertura das ações de vigilância alimentar e nutricional, de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família e dos programas de suplementação de ferro e de suplementação de vitamina A nos anos estudados.

Os resultados obtidos para a esfera estadual, regional e nacional mostram o quão distante está a PNAN do compromisso de universalidade que rege conjunto de políticas do SUS.

Ao comparar os anos de 2008 e 2009 registra-se um leve aumento do índice de inserção da PNAN-AB, de 0.28 para 0.31, não obstante chamar atenção a baixa cobertura de suas ações no nível nacional.

A Região Nordeste aparece como sendo a região onde a PNAN está mais inserida na rede de atenção básica. Tal fato parece estar associado a situação favorável que apresenta as coberturas da ESF na região. Nos anos de 2008 e 2009 a região desponta como sendo a de maior cobertura populacional da Estratégia, 83,4% e 83.9%.

No ano de 2009, o índice de inserção da PNAN na atenção básica registrou o valor de 0,31, com valores máximos e mínimos variando entre 0,45 e 0,14 respectivamente. De acordo com o Índice PNAN-AB, a unidade federada onde a política apresenta maior inserção na rede básica de saúde, nos dois anos estudados é o estado da Paraíba. O Estado também apresenta uma das maiores coberturas da população pelas equipes de saúde da família: 94.3% e 95%, respectivamente aos anos de 2008 e 2009. Recomenda-se, portanto estudos que possam apontar os principais fatores que contribuem para este resultado.

Igualmente importante é o registro dos baixos índices obtidos para os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, 0,17 e 0,20 respectivamente. Reconhecidamente estes estados possuem indicadores sociais mais favoráveis à saúde e à nutrição infantil,

embora apresentem baixas coberturas da ESF. Sem querer aqui suscitar questionamentos sobre modelos de atenção básica, tema não explorado nesta dissertação, o baixo desempenho levanta dúvidas sobre a adequação das ações e programas da PNAN. Novas demandas de cuidado nutricional na rede básica de saúde podem não estar sendo capturadas pela política nacional, exigindo o redirecionamento desta e o desenho de um modelo universalizante para a nutrição na atenção básica.

O baixo desempenho da PNAN não é necessariamente uma descoberta nova no campo da avaliação da política, pesquisa qualitativa realizada no ano de 2008 no âmbito da gestão federal já sinalizava para a baixa inserção das ações através da análise de discurso dos atores chaves da política acerca da pouca visibilidade da agenda da nutrição no SUS (BRASIL, 2009)

O estabelecimento de um ranking entre as unidades federadas possibilitada pelo Índice PNAN-AB, ainda que se considerem as limitações existentes em qualquer tipo de índice de natureza sintética, conforme discutido no Capítulo III, permite a comunicação rápida para gestores e agentes implementadores da política sobre o posicionamento e a comparabilidade de sua unidade de gestão. Possibilita ainda, orientar processos de gestão por resultados e de alocação de recursos que potencializem redes e unidades bem sucedidas e ou focalize investimentos necessários ao alcance de patamares adequados.

Adicionalmente, a favor da adoção do Índice PNAN-AB conta sua capacidade de expansão com a inclusão de outras variáveis de interesse, de forma a contemplar não somente os processos desenvolvidos a partir da gestão federal, mas aqueles processos próprios de cada esfera da política.

A aplicação do índice em diferentes unidades (sejam unidades federadas, municípios e unidades básicas de saúde) pode facilitar a visualização dos resultados produzidos na área da nutrição para toda a equipe de saúde e suscitar processos coletivos de planejamento e avaliação que levem ao aperfeiçoamento da PNAN.

Ao focar neste estudo os resultados produzidos na esfera estadual, abre-se espaço para que neste nível de gestão sejam empreendidos os esforços necessários a análise do acompanhamento e a avaliação das ações de nutrição de forma a instrumentalizar seus próprios processos de gestão.

O desenvolvimento de capacidade local/estadual para utilização da informação gerada pelos sistemas de informação da PNAN como atividade de rotina, a articulação entre o nível local/estadual e nacional e o alinhamento em torno das diretrizes da política nacional do processo de trabalho nas unidades de saúde envolvendo o contingente das equipes de saúde e de profissionais nutricionistas e a própria rede de serviços da atenção básica são investimentos a serem feitos nos três níveis de gestão do SUS para propiciar melhores resultados na área da alimentação e nutrição.

A ênfase sobre a qualificação das intervenções em saúde a partir da análise das informações, a construção e a produção de normas e protocolos a partir da realidade local que orientem a rotina das ações nas unidades de saúde, ao matriciamento das ações propiciado pela recente implantação dos NASF e a processos de capacitação que possam alargar a compreensão sobre os objetivos da política e as ações em curso e um esforço concentrado no monitoramento e avaliação de resultados poderão configurar-se como janelas de oportunidade para alcançar impactos positivos no desempenho futuro da PNAN.

A avaliação de desempenho de políticas, programas e serviços de saúde com a finalidade de produzir melhores resultados em saúde tem sido valorizada na atenção básica e no âmbito das políticas de saúde em geral. Um dos exemplos desta tendência é a política de monitoramento e avaliação da atenção básica implantada em 2005 que vem investindo na cultura avaliativa no setor saúde. Sem a intenção de traçar comparações entre os propósitos do monitoramento e avaliação da atenção básica e a proposta deste estudo, parece ser oportuno um maior investimento no monitoramento e avaliação das ações e programas de nutrição com vistas a contribuir com os melhores resultados da na atenção básica.

A divulgação dos resultados do Índice PNAN-AB junto aos atores envolvidos com a execução da política seja no nível da gestão, da academia ou dos conselhos locais de saúde pode atuar como elemento facilitador do controle social das políticas integrantes do SUS e favorecer o diálogo intersetorial entre a política de alimentação e nutrição e a de segurança alimentar e nutricional.

Neste aspecto merece destaque os compromissos que da PNAN com os projetos de implantação do sistema de segurança alimentar e nutricional – SISAN, conforme

abordado no capítulo I, entre eles o fortalecimento das ações de nutrição na atenção básica.

A baixa inserção da PNAN na rede de atenção básica medido pelo Índice PNAN- AB pode auxiliar na identificação de lacunas para o alcance desses compromissos e ao mesmo tempo oferecer pistas sobre como as relações entre a PNAN, o SUS e o SISAN em cada esfera de gestão podem ser aperfeiçoadas.

O investimento em processos de monitoramento de ações da PNAN e a sensibilização dos profissionais e gestores em torno desta agenda devem andar com passos céleres tanto para contribuir com o esforço de prover e adequar a oferta da nutrição na rede de atenção básica como para responder os desafios impostos pela superação da pobreza e pela garantia do acesso universal com qualidade dos serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

Abrucio, F. & Franzese, C. *Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil*. In: Construindo uma Nova Gestão Pública. 1. ed. RIO GRANDE DO NORTE : Escola de Governo do Rio Grande do Norte, 2010. 251 p. 1 v.

Antico, C.& Januzzi, P.M. Indicadores e a Gestão de Políticas Públicas, 2000.

Disponível em

www.fundap.sp.gov.br/.../Indicadores_e_Gestão_de_Políticas_Públicas.pdf. Acesso em 11 de abril de 2011.

ARRETCHE, M. Relações Federativas nas Políticas Sociais. *Educ. Soc.* Campinas, v. 23, n. 80, set., 2002, pp. 25-48. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em 17 de novembro de 2010.

Arruda, B.K.G. & Arruda, I.K.G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 7(3), jul./set., 2007, pp. 319-326.

Assis, A.M.O. et. al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Revista de Nutricao*. Campinas, v. 15(3), set./dez., 2002, pp. 255-266.

Batista-Filho, M. & Rissin, A. Food and nutritional surveillance in Brazil: background, objectives and approaches. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9 (sup. 1), 1993, pp. 99-105.

_____. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19 (sup. 1), 2003, pp.181-91.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1999. Lei Orgânica do SUS. D.O.U. de 20.9.1999.

_____. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN). D.O.U. de 18.9.2006

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Estratégia Fome Zero*. Disponível em: <http://www.fomezero.gov.br/o-que-e>. Acesso em 12/12/10.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. CAISAN. *Subsídio para Balanço das Ações Governamentais de Segurança Alimentar e Nutricional e da Implantação do Sistema*. Documento elaborado para o Encontro: III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional +2 anos, 2009.

_____. Ministério da Saúde. *8 Conferência Nacional de Saúde*. Tema Alimentação e Nutrição, 1988. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Portaria 710, de 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. Informes Técnicos Institucionais. *Revista de Saúde Pública*, v. 34(1), 2000, pp.104-8.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Condutas Gerais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 28 p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos]

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 76p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos]

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Política de Alimentação e Nutrição. *Manual de Orientações sobre o Bolsa Família*. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 32 p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos]

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 78 p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos]

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *2º Boletim de carências nutricionais*, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Relatórios de gestão dos anos de 2008, 2009 e 2010*. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/>. Acesso em março de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Centro brasileiro de análise e planejamento. *Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher, PNDS 2006*. Relatório final. Brasília, DF, 2008.

_____. Portaria MS nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). D.O.U. de 11.06.1999.

_____. Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004. Institui e divulga as orientações básicas para a implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional no âmbito das ações básicas de saúde no Sistema Único de Saúde – SUS. D.O.U. de 18.10.2004.

_____. Portaria Interministerial MDS/MS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. DOU de 22.11.2004.

_____. Portaria nº 729 / GM Em 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências. DOU 14.05.2005

_____. Portaria nº 730 / GM, de 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva e dá outras providências. DOU 14.05.2005.

_____. Portaria nº 399/ GM, de 22 de fevereiro de 2006. Contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. DOU de 23/02/2006.

_____. Portaria nº 648/ GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. DOU de 29.03.2006.

_____. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. DOU de 04.03.2008.

_____. Resolução CFN nº 380/2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. D.O.U. 10/01/2006

_____. Secretaria de Saúde. *Boletim do Instituto de Saúde de São Paulo*. São Paulo, SP, 2002.

Burlandy, L. & Bodstein, R.C.A. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14(3), jul./set., 1998, pp. 543-554.

Burlandy, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, v. 14, n. 3, jun., 2009, pp. 851-860.

Campos, G.W.S. et. al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos, G.W.S. & Guerrero, A.V.P. (orgs.). *Manual de práticas de atenção básica saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo&Rothschild, 2008, 411 p.

Carvalho, D.B.B. et. al. O caso do Brasil. A política nacional de alimentação e nutrição 1999-2005. *Observatório de políticas de doenças crônicas não transmissíveis*. Brasília, 2006, 116 p.

Castro, A.M. Trajetória de combate à fome no Brasil. *Fome Zero: uma história brasileira*, v.1. Brasília, DF: MDS, 2010.

Castro, I.R.R. *Vigilância Alimentar e nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, 108 p.

Coelho, A.V.A.G. *A Construção da Intersectorialidade no Programa Bolsa Família em Manguinhos, no Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). FIOCRUZ, Rio de Janeiro, junho de 2009.

Conill, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24 (sup. 1), 2008, pp. 7-27.

CONSEA. **Relatório Final. III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**, 2007.

Conselho Federal de Nutricionistas. *O papel do nutricionista na atenção primária à saúde*. Documento Técnico. Brasília, 16 de outubro de 2008.

Coutinho, J.G.; Gentil, P.C.; Toral, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24 (sup. 2), 2008, pp. 332-340.

Cunha, R. Transferência de renda com condicionalidade: a experiência do programa Bolsa Família. In: Brasil. *Concepção e Gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. UNESCO, 2009, 424 p.

Currallero, C.B. et al. As Condicionalidades do programa Bolsa Família. In: Castro, J.A e Modesto. L. (organizadores) *Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios*, v. 1. Brasília, DF: IPEA, 2010.

Declaração de Alma-Ata. *Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em 10 de março de 2011.

Diniz, A.S. Combate à deficiência de vitamina A: linhas de ação e perspectivas. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, v. 1, n. 1, pp. 31-36. Recife, jan./abr., 2001.

Draibe, S.M. *Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas*. Campinas, SP 2001. Mimeo.

_____. *Brasil: Bolsa Escola y Bolsa Família*. Universidade Estadual de Campinas. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, NEPP. Caderno 76. Campinas, SP, 2006, Mimeo.

Dye, T.R. *The policy analysis*. Alabama: The University of Alabama Press, 1976.

Engle, P. et. al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*; 369: 229-2, 2007.

Engstrom, E.M. et. al. Monitoramento em nutrição e saúde: articulação da informação com a ação. *Saúde Rev.*, Piracicaba, v. 6(13), 2004, pp. 45-52.

Facchini, L.A. et. al. Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11(3), 2006, pp. 669-681.

Fagundes, A.A. et. al. *Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 120 p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos]

FAO/OMS. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y La Alimentación. *Conferencia Mundial de los Alimentos*. Roma, 1974.

Felisberto, E. et. al. Política de monitoramento e avaliação na atenção básica do Brasil de 2003 a 2006 contextualizando sua implantação e efeitos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 9(3), jul./set., 2009, pp. 339-377.

Frey, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexão referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, n.21. Brasília: IPEA, 2000, pp.212-258.

Giovanella, L.A. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24 (sup. 1), 2008, pp. 7-27.

Guimarães, J.R.S. & Jannuzzi, P.M. *Indicadores sintéticos no processo de formulação e avaliação de políticas públicas: limites e legitimidades*. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, Caxambú, MG, 20- 24 de setembro de 2004.

Guzmann, M. & Verstappen, B. *What is monitoring?* HURIDOCS, 2003.

Hartz, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4(2), 1999, pp. 341-353.

IPEA. *Políticas sociais acompanhamento e análise 1995-2005*. Ed. esp. 13.1ª imp. 2007. Reimpressão 2009.

Kingdon, J.W. *Agendas, alternatives and public policies*. New York: Longman, 1995.

Kusek, J.C. & Rist, C.R. Ten steps to a results-based monitoring and evaluation system. *The International Bank for Reconstruction and Development*. Washington, D.C.: The World Bank, 2004.

Labra, M.E. Análise de políticas, modos de *policy-making* e intermediações de interesses: uma revisão. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, n.9, v.2, pp.131-166. Rio de Janeiro, 1999.

Lehmann, E. L. *Nonparametrics: Statistical Methods Based on Ranks*, San Francisco: Holden-Day, 1998.

Macinko, J.; Guanais, F.C.; Souza, M.F.M. Evaluation of the impact health family. Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002 J. Epidemiol. Community Health, 2006, pp.13-19.

Martins, M.C. et. al. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002. 3 – O Programa Nacional de Controle da Deficiência de Vitamina A. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23(9), set., 2007, pp. 2081-2093.

Mello, G.A.; Fontanella, B.J.B.; Demarzo, M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. *Revista Atenção Primária de Saúde* v. 12, n. 2, abr./jun., 2009, pp. 204-213.

Mendes, E.V. A Atenção Primária no SUS. Fortaleza. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Mendes, E.V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública, 2009.

Mesquita, C.S. *O Programa Bolsa família: uma análise do seu impacto e alcance social*. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais). Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2007.

Monteiro, C.A. et. al. A prescrição semanal de sulfato ferroso pode ser altamente efetiva para reduzir níveis endêmicos de anemia na infância. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, n. 1, abr., 2002, pp. 71-83. ISSN 1415-790

Neto, W.J.S.; Januzzi, P.M.; Silva, P.L.N. *Sistema de indicadores ou indicadores sintéticos; do que precisam os gestores de programas sociais*. In: XVI ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, Caxambu, MG, 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Objetivos e Desempenho do Programa Bolsa Família: o olhar da saúde*. Disponível em: www.ipc-undp.org/publications/mds/14M.pdf. Acesso em 05 de março de 2011.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2007/2008*. Cálculo do índice de desenvolvimento humano. [Nota Técnica 1]. Disponível em www.hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_PT_technical.pdf. Acesso em 08 de junho de 2011.

Paim, J.S. & ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista Saúde Pública*, v.32, n. 4. São Paulo: Scielo Brasil, ago., 1998, 23 p.

Pasquim, E.M. *Implementação do programa Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação*. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana). Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.

Perez, J.R.R. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: RICO, E.M. (org.). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. 3 ed. São Paulo, Instituto de Estudos Especiais: Editora Cortez, 2001.

Pinheiro, A.R.O. & Carvalho, M.F.C.C. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 15 (1), 2010, pp. 121-130.

Pressaman J.L. & Wildavsky A. *Implementation*. 3 ed. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 1984.

Ramalho, R.A.; Flores, H. & Saunders, C. Hipovitaminose A no Brasil: um problema de saúde pública. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v.12, n. 2, ago., 2002.

Ryten, J. Should There Be a Human Development Index? *Statistique Seminar*, Montreaux, September, 2000, 15 p.

Rochet, J. *Relatório de Pesquisa PNAN 3 Tempos*: uma análise do processo de implementação da política nacional de alimentação e nutrição. Ministério da Saúde, 2009.

Rolim, L.F. Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24 (sup. 1), 2008, pp. 7-27.

Saltelli, A. et. al. Composite indicators – the controversy and the way forward. *OECD Forum on key indicators*, 2004, 17 p. Disponível em: www.oecd.org. Acesso em junho de 2011.

Schmitz, B.A.S. *Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 60 p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos]

Scriven, M. Types of evaluation and types of evaluator. *Evaluation Practice*, v. 17 (2), 1996, pp. 151-162.

Silva, L.M.V. et. al. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção a saúde no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A. &

Silva, L.M.V. (orgs.). *Avaliação em saúde*. Dos modelos teóricos a prática na avaliação dos programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA e Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

Standing Committee on Nutrition. Diet-related chronic diseases and double burden of malnutrition in West Africa. *Standing Committee on Nutrition News 33*. London: United Nations System, 2006.

Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Ministério da Saúde. UNESCO, 2004, 726 p.

Szarfarc, S.C. Políticas públicas para o controle da anemia ferropriva. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 32(sup.2), 2010, pp. 2-7.

UNICEF. *Pesquisa SISVAN*. Relatório Final. Documento não publicado. Brasília, DF, 31 de março de 2010.

Universidade de Brasília. Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas – Observatório de políticas de segurança alimentar e nutrição – OPSAN. *Projeto de Pesquisa: inserção da nutrição na atenção básica e saúde*. Relatório Final de Pesquisa. Documento não publicado. Versão final: maio, 2009.

Universidade Humboldt de Berlin. Centro de Treinamento Avançado em Desenvolvimento Rural (SLE). Monitoramento qualitativo de impacto. *Desenvolvimento de indicadores para a extensão rural no Nordeste do Brasil*. Berlin, 2000, 311 p.

Vaitsman, J. Monitoramento e avaliação de programas sociais: principais desafios. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: UNESCO, 2009, 424 p.

Valente, F.L S. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. *Saúde e Sociedade*, v.12, n.1, jan./jun., 2003, pp.51-60.

Vasconcelos, F.A.G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 18(4), jul./ago., 2005, pp. 439-457.

Vasconcellos, A.B. & Nilson, E. Política nacional de alimentação e nutrição: articulação do SUS com a estratégia fome zero. *Fome Zero: uma história brasileira*, v.2. Brasília, DF: MDS, 2010.

Venâncio, S.I. et. al. Sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 7(2), abr./jun., 2007, pp. 213-220.

World Health Organization. *Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes*. Geneva, 1996, 66 p.

_____. *Iron Deficiency Anaemia Assessment, Prevention and Control*. WHO/NHD/01.3. 2001.